FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N.° 179

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Pierre, Claude, Louis RIVET

né le 12 août 1933 à PARIS V°

Présentée et soutenue publiquement le :

TRAITEMENT DES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES EXTERNES PAR LES INJECTIONS LOCALES D'HYDROCORTISONE

Président : M. Jean BERNARD, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 **THÈSE** N.°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Pierre, Claude, Louis RIVET

né le 12 août 1933 à PARIS V°

Présentée et soutenue publiquement le :

TRAITEMENT DES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES EXTERNES PAR LES INJECTIONS LOCALES D'HYDROCORTISONE

Président : M. Jean BERNARD, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e^

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)

	MM.
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Gl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

A ma Mère,

A ma Soeur, le docteur Nicole RIVET

Au Docteur François CHAVELET, médecin-assistant de l'Hôpital St Louis, qui comme un grand frère n'a cessé de veiller sur nous pendant nos études et a longuement préparé cette thèse avec nous.

A Madame le Docteur Andrée CHAVELET

En témoignage de toute notre affection

Aux miens

A mes amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549211_0023

A mon Maître, Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Professeur de Cancérologie Médicale et Sociale
Médecin de l'Hôpital St-Louis
Officier de la Légion d'Honneur.

qui a bien voulu nous confier ce travail et
nous faire l'honneur de présider cette thèse
en témoignage de notre admiration.

A mon Maître, Monsieur le Professeur George BROUET

Professeur de Clinique Médicale de l'Hôpital Cochin
Médecin de l'Hopital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

Chez qui nous avons toujours trouvé l'appui
le plus efficace, l'amitié la plus indulgente.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre gratitude et de notre affection.

A mon Maître, Monsieur le Professeur André LEMAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique thérapeutique à l'hôpital St-Antoine
Médecin des Hôpitaux de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur

qui a guidé nos premiers pas en médecine et qui nous a toujours donné dans notre famille l'exemple le plus admirable du rôle du médecin.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Henri REDON

Professeur de Clinique Chirurgicale Carcinologique
Membre de l'Académie de chirurgie
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse amitié et de notre attachement.

TRAITEMENT DES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES EXTERNES

PAR LES INJECTIONS LOCALES D'HYDROCORTISONE

I N T R O D U C T I O N

Reims, 29 mai I825. Les cloches sonnent. Le canon tonne. La foule acclame. Charles X est roi. Tandis que se déroule la pompe du magnifique cérémonial des centaines de porteurs d'écrouelle attendent impatiemment de bénéficier du miraculeux pouvoir de guérison du nouveau souverain.

Privés par la Révolution de I830 d'une aussi belle chance qu'allaient devenir ces pauvres malades voués dès lors à une affection le plus souvent bénigne, parfois spontanément résolutive mais toujours interminable, disgracieuse, laissant des traces indélébiles sur son passage ?

De multiples thérapeutiques allaient être proposées, connaître la mode et rapidement céder la place devant l'opiniâtre chronicité de la maladie.

L'objectif restant d'obtenir un traitement agissant le plus rapidement possible, inoffensif pour le malade et obtenant la guérison sans cicatrice par trop inesthétique.

Les cures helio - marines semblent donner souvent de bons résultats mais ces interminables transplantations sont aussi catastrophiques pour un adulte que pour un enfant.

La radiothérapie conserve des partisans surtout en Allemagne et en Amérique du Sud mais elle nécessite plusieurs séries de séances avec irradiation prolongée, bien dangereuses pour le patient.

La Moutarde à l'azote et ses dérivés proposée en I949 par ALEXANDRO-WICZ fait courir des risques disproportionnés avec la maladie.

L'ère des Antibiotiques paraissait devoir marquer la fin des adénopathies tuberculeuses et de fait peu après leur apparition on vit les publications se multiplier. Hélas avec un peu de recul il fallut bientôt déchanter. bien plus, jeter un cri d'alarme.

IMBERT de Lyon sur I84 adénopathies traitées par les antibiotiques compte 45 aggravations et par aggravation, il entend une évolution prolongée, récidivante , rebelle avec extension locale.

GIRET de BERK insiste sur la fréquence croissante et la gravité des atteintes de la maladie "jamais avant I950" dit-il,"nous n'avions vu arriver tant de vastes ulcérations, tant d'adénites multifistulinisées, tant de suppurations prolongées".

Pourtant, mettant le malade à l'abri de complications générales, les antibiotiques, permettaient de donner une nouvelle extension à la chirurgie et par chirurgie il faut entendre un curage ganglionnaire du cou même de façon systématique, s'inspirant des techniques pour cancers.

Ces délicates interventions allaient elles-même rentrer en concurrence en I954 avec une nouvelle thérapeutique proposée par le Professeur Jean BERNARD, consistant en des injections locales d'hydrocortisone pratiquées sous couvert d'antibiotiques et associées en cas de poly-adénopathies à du Cortancyl administré par voie général.

Chirurgie et hormone étant des lors les seules thérapeutiques restant raisonnablement en concurrence.

Nous allons voir ici les résultats du traitement appliqué dans le service du Professeur Jean BERNARD.

Après avoir dépouillé 96 dossiers d'adénites nous avons dû en rejeter 35. Les malades n'ayant pu être suffisamment suivis, la preuve bactériologique n'ayant pu être apportée. Deux cas enfin étant apparu après vaccination par le B.C.G.

Nous en avons donc retenu 6I .

L'examen de nos résultats nous a conduit peut être un peu arbitrairement à différencier ceux obtenus avec des adénopathies primaires et avec des adénopathies secondaires.

Par primaire nous entendons adénopathies contemporaines de la primo-infection ou l'ayant suivi de peu.

Par secondaire : adénopathies apparues plusieurs années après le virage de la cuti chez les enfants ou bien survenues chez des adultes pour qui le plus souvent il n'est pas possible de retrouver l'âge du premier contact tuberculeux.

Après avoir exposé nos observations, nous en donnerons des tableaux résumés comparatifs. Puis nous discuterons nos résultats en fonction des différents facteurs qui peuvent les faire varier, notamment l'emploi d'antibiotiques.

Nous résumerons ensuite les publications d'autres auteurs ayant employé les mêmes méthodes.

Enfin, nous tacherons de confronter les chances offertes par notre thérapeutique avec celles données par la chirurgie et nous assaierons de voir la part respective qu'il faut leur réserver.

oOo

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Mme RAN... Josianne, âgée de 3I ans, vient consulter le 23 juin I958 pour un ganglion sus-claviculaire droit apparu progressivement en mai I958. On note en mai I958 la présence d'un ganglion cervical droit, contemporain d'une angine, qui avait disparu sous antibiothérapie.

L'adénopathie est de la taille d'une noix mobile, indolore, la peau est normale. L'état général est bon.

Deux ponctions ganglionnaires les 26 juin et 9 juillet ne permettent pas de retrouver de BK a l'examen direct, mais une biopsie le 24 juillet confirme le diagnostic de tuberculose ganglionnaire.

La cuti est positive, la VS à I9-40. Le cliché pulmonaire est normal. La formule sanguine aussi. La fibrinémie est à 3,90. Paul et Bunnel négatif, toxoplasmose négatif.

La malade reçoit pendant 6 mois du Rimifon à partir d'aout I958. Ce n'est qu'à partir de septembre I958 qu'on pratique deux injections par semaine de 25 milligrammes d'hydrocortisone pendant I2 semaines, soit 24 injections en tout.

Très bons résultats. L'adénopathie disparait. Le résultat se maintient.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 2

M. MAN... Guy, âgé de 26 ans, vient consulter le 30 avril I958 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche apparue insidieusement une dizaine de jours plus tôt.

Le ganglion est de la taille d'une noisette, mobile, indolore, la peau est normale. On note quelques ganglions jugulaires bilatéraux.

L'état général est bon. La date de la primo-infection ne peut être précisée.

Deux ponctions ganglionnaires, les 30 avril et 28 mai ne permettent pas de retrouver de BK à l'examen direct mais le Loewenstein est positif Une biopsie affirme en outre la nature tuberculeuse de l'affection.

La cuti est positive, la VS à 30-55. Le cliché pulmonaire montre quelques nodules calcifiés dans le lobe inférieur gauche .

Le malade reçoit d'abord , sans résultat entre la première et la deuxième ponction , de l'Erytromycine puis da la Rovamycine ensuite du Rimifon de juin à octobre.

A partir du 28 mai jusqu'en septembre on pratique deux injections par semaine de 25 milligrammes d'hydrocortisone, au total 29 injections.

L'amélioration apparait déjà après trois injections , pourtant le 11 juin on découvre un petit ganglion voisin du ganglion traité.

Le I5 octobre I958, le malade est complètement guéri.

La guérison se maintient en I959.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 3

M. N. GUY... P., âgé de 29 ans vient consulter le 28 mars I958 pour un groupe de quatre ganglions sus-claviculaires gauche de la taille d'une noix chacun, indolents, apparus insidieusement en janvier I958.

Le malade se plaint d'asthénie mais il n'y a ni fièvre, ni amaigrissement. La date de la primo-infection ne peut être précisée.

La ponction ganglionnaire le 29 mars ne permet pas de retrouver de B.K. à l'examen direct mais le Loewenstein est positif.

La cuti est positive, la formule sanguine normale. Le cliché pulmonaire montre un nodule hiliaire gauche calcifié.

Le malade va recevoir du Rimifon pednant 6 mois et deux injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant 2 mois, quinze au total.

Après 8 injections i'amélioration est très nette il ne persiste plus qu'un seul ganglion sus-claviculaire gauche important.

Fin juin I958, le résultat se confirme. le paquet ganglionnaire a disparu.

Le malade est reu en juin I959. Il n'y a pas eu de rechute.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 4

Melle VI...Mai.. F. âgée de 20 ans vient consulter le 29 novembre I956 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche, apparue progressivement en juillet I956 contemporaine d'un zona et d'un impétigo du cuir chevelu. Il s'agit d'un ganglion de la taille d'une noix, ferme, indolore

non adhérent. La peau est normale.

L'état général est bon. La cuti-réaction était négative 3 ans avant.

La ponction ganglionnaire en date du 29 novembre I956 ramène du pus sans BK, mais le Loewenstein est positif.

La cuti est positive. La VS à I0-I5. Le cliché pulmonaire est normal la formule sanguine aussi.

La malade reçoit pendant deux mois 3 injections de 25 milligrammes d'hydrocortisone soit 24 injections au total. En outre, elle prendra du Rimifon pendant six mois.

L'adénopathie disparait rapidement; le résultat se maintient.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 5

Mme VIV... Gin., âgée de 27 ans vient consulter le 3I mai I957 pour une adénopathie cervicale bilatérale apparue en avril I957 .Cette adénopathie prédomine à gauche où l'on note la présence d'un ganglion de la taille d'une noisette, mobile, ferme, indolore.

La malade est enceinte de trois mois, on ne connait pas l'époque de la primo-infection.

La ponction ganglionnaire pratiquée le 3I mai ne montre pas de BK à l'examen direct, mais la biopsie exèrèse d'un ganglion cervical droit faite le 25 juin I957 confirme la nature tuberculeuse de l'affection.

La cuti est positive, la VS à 6-I5, le cliché pulmonaire est normal la formule sanguine aussi.

La malade est mise au Rimifon pendant six mois et du IO juillet au 2I aout I957 on pratique du côté gauche 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone soit 20 en tout.

A l'arrêt du traitement le ganglion a considérablement diminué. L'amélioration se poursuit en septembre I957. En juin I958 seul persiste un petit ganglion cervical gauche.

Adénopathie secondaire : succès .

OBSERVATION N° 6

Mme MAX.. L. âgée de 28 ans vient consulter le 23 juin I955 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche apparue brutalement avec ascension thermique et asthénie le 5 janvier I955. Elle est de la taille d'une très grosse noix, sensible, ferme, la peau est normale.

La malade est enceinte de quatre mois. On ne connait pas la date du virage de la cuti-réaction.

La ponction ganglionnaire faite le 23 juin I955 montre des BK à l'examen directe. Le Loewenstein est positif. Le cliché pulmonaire est normal, la formule sanguine aussi.

On institue un traitement uniquement local à raison de trois injections d'hydrocortisone par semaine pendant quatre semaines au total douze injections.

Dès la fin du mois de juillet I955 on constate la guérison de l'adénopathie. Le ganglion a disparu. La grossesse évolue bien.

La malade est revue en I957. Il n'y a pas eu de rechute.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 7

M. RAN... Louis, âgé de I9 ans vient consulter le I4 Juin I958 pour une adénopathie cervicale droite apparue progressivement en mai I958. Il s'agit d'un ganglion de la taille d'une très grosse noix , indolore, accompagné en arrière d'un autre petit ganglion, ainsi que d'un ganglion sous maxillaire de la taille d'une noisette.

L'état général est bon. La primo-infection remonte à I95I, elle a nécessité un séjour en préventorium.

La ponction ganglionnaire ne ramène pas de BK à cette époque.

La cuti est très positive. La VS à 5-I0. La formule sanguine est normale. Le cliché pulmonaire aussi.

Le malade reçoit un traitement à base de Rimifon pendant quelques mois. Le ganglion diminue, mais il revient le I4 janvier I960 avec un ganglion cervical droit de la taille d'une noix. La ponction ganglionnaire est positive.

On reprend le traitement avec Rmifon et B.P.A.S. et en deux mois on pratique I5 injections d'hydrocortisone.

En mai I960 il ne persiste plus qu'un léger empâtement à la palpation.

Le malade est revu en février I96I. Le résultat est excellent.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 8

Mme RI... Cécile, âgée de 44 ans, vient consulter le II juin I958 pour une adénopathie apparue en I955 après une angine accompagnée d'asthénie de fièvre et d'amaigrissement. En avril I958, l'adénopathie a augmenté brutalement de volume.

Il s'agit d'un ganglion cervical droit de la taille d'une grosse noix, mobile : indolore, la peau est normale. Il existe en outre un ganglion sus-claviculaire droit de la taille d'une noisette.

On ne retrouve pas de BK à l'examen direct du pus ganglionnaire, mais le Loewenstein sera positif. Une biopsie affirme en outre la nature tuberculeuse du ganglion.

La malade se plaint d'asthénie. On note un amaigrissement important. En I939 elle avait déjà eu une adénopathie cervicale tuberculeuse traitée chirurgicalement.

La cuti est positive. La VS est à 90-II0. La formule sanguine est normale, la moelle aussi. La fibrinémie est à 5 g.80. Le cliché pulmonaire montre de petits nodules sus-claviculaires droits calcifiés.

La malade reçoit du Rimifon et 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant un mois. I3 injections au total.

Dès le I6 juillet le ganglion a fortement diminué. A la fin du traitement il a pratiquement disparu. Il ne reste pas de cicatrice. La peau est parfaitement mobile.

Le résultat se maintient.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 9

Mme LOG..., âgée de 5I ans vient consulter le I8 décembre I956 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire droite apparue brutalement sans fièvre, ni douleur en novembre . Il s'agit d'un ganglion de la taille d'une amande mobile , ferme, indolore, la peau est normale.

La ponction ganglionnaire permet de retrouver des BK à l'examen direct.

L'état général est bon. Pas d'antécédents tuberculeux.

La cuti-réaction est négative. Le Patch est positif.

La VS est à 20-50. La formule sanguine normale. L'image thoracique aussi.

La malade reçoit du Rimifon pendant 4 mois et 5 injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison d'une tous les trois jours.

La guérison est totale. Confirmée en octobre I958 et mars I959.

Adénopathie secondaire : succès.

OBSERVATION N° I0

Mr. BAY....Pierre, âgé de 4I ans, vient consulter le 2 septembre I959 pour un ganglion cervical droit de la taille d'une noix, indolore, apparu immédiatement au début du mois d'août .

En I955 il avait déjà eu un ganglion cervical gauche traité chirurgicalement. Une fistule avait persisté pendant 3 mois.

En janvier I959 étaient apparus deux ganglions maxillaires droits dont la ponction avait provoqué une fistule.

Enfin en juillet I959 on note l'apparition et la disparition spontanée d'un ganglion cervical gauche.

La ponction ganglionnaire le 2 septembre permet de retrouver des BK à l'éxamen direct.

La cuti est positive. La VS à 8-25. La formule sanguine est normale. L'image thoracique est normale.

La malade va recevoir du Rimifon pendant six mois et 3 injections d'hydrocortisone par semaine pendant six semaines, soit I8 injections.

L'amélioration est rapide.

L'excellent résultat est confirmé par une lettre du médecin de la malade le 5 décembre I959.

La malade est revue le I7 aout I960 pas de rechute.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 11

Mme RAY... Anne, âgée de 70 ans, vient consulter le I3 novembre I957 pour un ganglion cervical gauche, mobile, indolore, fluctuant, apparu insidieusement en octobre I957. La peau est normale.

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct mais le Loewenstein est positif.

L'état général est bon. Pas d'antécédent tuberculeux. La cuti est très positive. VS 8-22, FS normale.

La malade va recevoir du Rimifon pendant 6 mois et 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant 6 semaines soit I8 en tout.

Excellent résultat.

Une lettre du médecin traitant datée du 7 avril I959 indique que seule persiste une cicatrice souple discrète.

OBSERVATION N° I2

Mme PIC... Alice, âgée de 70 ans, vient consulter le I9 novembre I958 pour un ganglion sous-angulo-maxillaire droit de la taille d'une noix fixé douloureux apparu en Octobre I958 , accompagné d'un petit ganglion dur, indolore, dans le creux sous-claviculaire droit.

On pense à une adénopathie inflammatoire. La malade est hospitalisée une semaine. Puis elle revient consulter le I9 décembre devant l'absence d'amélioration. Enfin, elle sera hospitalisée du 26 décembre I958 au II janvier I959.

On note : . asthénie, anorexie, amaigrissement et fièvre oscillante autour de 38.

La cuti est positive. La VS à 37-74. L'image thoracique est normale La formule sanguine aussi. Le myélogramme et l'électrophorèse également.

Pas d'antécédents tuberculeux.

La malade va recevoir du Rmifon pendant 6 mois et une injection quotidienne d'hydrocortisone pendant son hospitalisation, soit I4 au total

Le 8 avril I959, la malade va bien, l'adénopathie a presque disparue On refait une jection local d'hydrocortisone.

Le résultat ultérieur parait excellent.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° I3

M. Lucien PIG... Vient consulter le I6 mai I957 pour un ganglion cervical droit , indolore, de la taille d'une grosse noix, fixe apparu progressivement dans le courant du mois de mars.

Le malade a fait une pleurésie il y a I6 ans et à l'occasion de la consultation on découvre une tuberculose pulmonaire droite d'ailleurs on note asthénie, amaigrissement, fièvre en pallier à 38.

La première ponction ganglionnaire le 20 mai ne permet pas de conclure mais à la deuxième le 27 Mai on trouve des BK à l'examen direct.

La VS est à 20-55. Le cliché pulmonaire révèle une plage d'opacité sus et rétro-claviculaire droite au sein de laquelle les tomographies mettent en évidence une cavité de 6 à I4 mm. La bacilloscopie est négative.

Le malade va être mis pendant un an au Rimifon. Du Ier au 22 juin il reçoit 30 mg de Cortancyl par jour. En outre on pratique 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant I0 semaines soit 30 au total.

Une amélioration rapide se produit , l'adénopathie disparait.

En octobre I957 le malade va bien. Le résultat se maintient.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° I4

M. Ahmed TAOUD, âgé de 29 ans, vient consulter le I8 juin I960 pour un ganglion cervical droit de la taille d'une grosse noix, indolore, dure, apparu progressivement en mai I960. La peau est normale. On note en outre la présence d'un ganglion sous-angulo-maxillaire gauche de la taille d'une noisette..L'état général est toujours bon.

On ne retrouve pas de BK à l'écoulement direct du suc ganglionnaire mais le Loewenstein est positif.

La cuti est positive, la VS à 30-55. La formule sanguine est normale. L'image thoracique aussi.

Le malade va reçevoir du rimifon pendant 6 semaines à partir de juin I960, en même temps du 25 aout au I6 septembre 40 mg/jour de cortancyl.

L'amélioration est faible aussi à partir du I6 septembre on pratique 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant un mois au total I2 injections.

Le ganglion diminue très rapidement.

Adénopathie probablement secondaire : succès

OBSERVATION I5

M. AGD... RAD... vient consulter le 6 avril I957 pour un ganglion sous-angulo-maxillaire droit, douloureux, appru en I952. La peau est normale. On perçoit en outre une petite adénopathie sous-maxillaire gauche. Le malade est fatigué mais n'a pas maigri.

La ponction ganglionnaire le 8 avril ne permet pas de retrouver de BK à l'écoulement direct mais le Loewenstein est positif.

la cuti est très positive. L'image thoracique est normale, la formule sanguine aussi.

Le malade reçoit un traitement double en général du 6 au 25 avril à base de Rimifon et de cortancyl (20 mg) puis à partir du 25 avril 54 du Rimifon seul pendant 6 mois un local comportant 2 injections par semaine pendant 6 semaines de 25 mg d'hydrocortisone, soit I2 injections au total.

Les résultats sont médiocres après un mois et demi de traitement, on refait alors une série de 24 injections à raison de 3 par semaines.

L'adénopathie disparait. Le malade est revu en I953 avec un excellent résultat.

Adénopathie probablement secondaire : succès

OBSERVATION N° I6

Mme Berthe DERT, âgée de 60 ans vient consulter le 5 juiller I958 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche apparue au début du mois de juin.

En I944 elle avait déjà eu des ganglions sous-claviculaires bilatéraux qui avaient régréssé avec I0 semaines de radiothérapie.

En I950 les mêmes ganglions étaient réapparus et avaient diminés après un traitement à l'Auréomycine.

Cette fois-ci il s'agit d'un ganglion sous-angulo-maxillaire gauche de la taille d'une noix indolore. La peau est normale. La malade est fatiguée et fébrile. Les ponctions ganglionnaires en date du 5 juillet et I7 septembre ne permettent pas de retrouver de BK aussi bien à l'examen direct que par culture sur Loewenstein. Ce n'est qu'un prélèvement en date du 2I janvier I959 qui permettra de retrouver des BK.

La cuti est très positive, la VS à 25-50 en aout, 25-55 le I3 septembre 36-37 le 2I janvier I959.

Un traitement par voie général est essayé seul d'abord en juillet et aout à base de Rimifon et de Cortancyl (50 mg). En septembre on baisse puis on arrête le cortancyl.

Le traitement n'a aucune effficacité aussi à partir d'octobre on n'emploie plus que le Rimifon.

A partir du 22 octobre et pendant un mois on pratique tous les deux jours une injection de 25 mg d'hydrocortisone, I5 au total.

Dès le 4 novembre, on constate une amélioration le 25 novembre l'adénopathie a disparu complètement. Mais en janvier I959 le ganglion réapparait.

En avril I959 le malade va bien mais le ganglion est toujours présent quoique de très petit volume.

Adénopathie secondaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° I7

Melle BROSS.. âgée de 25 ans vient consulter le 20 janvier I955 pour un ganglion cervical gauche de la taille d'une noisette, indolore, entouré de périadénite. La peau s'est fistulisée la veille de la consultation. On note la présence de plusieurs autres petits ganglions.

C'est en I953 que le ganglion actuel est apparu et depuis la fin de I954 la malade a reçu par voie générale du Rimifon et de la Streptomycine.

La malade a fait sa primo-infection en I947 et en I950 a déjà eu une adénite tuberculeuse traitée chirurgicalement.

La ponction ganglionnaire fait le 20 janvier I955 permet de trouver des BK à l'examen direct. La cuti est positive. La VS à II-33.

La malade va recevoir 8 injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison de 2 par semaine pendant un mois. On continu le traitement général. L'amélioration est rapide mais la malade est revue un an plus tard avec un cicatrice disgracieuse.

Adénopathie secondaire. Résultat assez bon

OBSERVATION N° I8

Mme Geneviève COM..., âgée de 26 ans, vient consulter le I7 Mai I957 pour un ganglion cervical gauche de la taille d'une grosse noix, mobile, indolore La peau est normale.

En mars I957 la malade a fait un phlegmon de l'amygdale gauche et le 6 mai I957 on a procédé à l'extraction de la dent de sagesse du maxillaire supérieur gauche. C'est dans la deuxième semaine de mai que le ganglion est apparu progressivement. Aucun antécédent tuberculeux.

La ponction ganglionnaire le I3 juin I957 permet de retrouver des BK à l'écoulement direct. La cuti est positive. la VS est à 5I-90. L'image thoracique est normale. La formule sanguine aussi.

La malade va recevoir du Rimifon pendant 6 mois, et 3 injections de 25 mg d'hydrocortisone par semaine pendant un mois. I2 au total.

Une amélioration se produit mais en septembre I957 survient une rechute avec fistulisation à la peau. On pratique à nouveau une série de I2 injections d'hydrocortisone. Le ganglion diminue la fistule se ferme. Mais en janvier I958 nouvelle rechute , on refait 6 injections d'hydrocortisone.

En avril I958 seul persiste un ganglion de la taille d'un petit pois La fistule est fermée laissant une cicatrice minime. La guérison se maintient.

Adénopathie secondaire. Résultat médiocre

OBSERVATION I9

M. Marc Le T... âgé de 36 ans, vient consulter le 23 novembre I956 pour un ganglion sous-angulo-maxillaire droit, de la taille d'une noix, mobile, indolore, apparu progressivement en aout I956. La peau est normale.

On note en outre la présence d'un ganglion cervical gauche de la taille d'une amande apparu en mai I956. L'état général est bon. La date de la primo-infection est inconnue.

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct mais le Loewenstein est positif.

La VS est à I0-22. L'image thoracique est normale.

Le malade va recevoir du Rimifon pendant 6 mois et 3 injections d'hydrocortisone par semaine pendant deux mois soit 24 injections en tout.

Le ganglion diminue rapidement. Le malade est revu en Juin I957. Il va bien. La peau est en bon état on arrête le Rimifon.

Mais le I juillet I960 il reviendra avec une récidive bilatérale discrète obligeant à reprendre le rimifon pendant 6 mois.

Adénopathie secondaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 20

La jeune DELG... Blanche, âgée de I4 ans, vient consulter le 3 novembre I954 pour un ganglion cervical gauche de la taille d'une grosse noix, fixé, indolore, fluctuant apparu en septembre I954. La peau est adhérente.

La dernière cuti négative remonte à I950. La première positive en I95I en même temps que le virage de cuti était apparu un ganglion sous-angulo-maxillaire

La ponction ganglionnaire du 3 novembre ne permet pas de retrouver du BK à l'examen direct. Le Loewenstein est négatif mais le cobaye est positif.

La cuti est très positive. La VS est à 20-40. l'image thoracique normale. Le traitement est uniquement local : 8 injections de 25 mg d'hydrocortisone

à raison de 3 par semaine.

L'amélioration est rapide en février I955 seule persiste une discrète cicatrice.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 2I

Monique GAS..., âgée de I2 ans, vient consulter le 8 avril I957 pour deux ganglions cervicaux discrets, de la taille d'une petite noix chacun, mobile , indolore, ferme, apparu progressivement depuis le début de I956. La peau est normale.

La dernière cuti négative remonte à I952. La première positive à I953. Un mois avant la date de consultation est apparue une asthénie sans fièvre.

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct mais le Loewenstein est positif.

Cuti positive, VS 4-I0. Calcification hilaires gauches sur le cliché pulmonaire. En outre le cliché cervical révèle la présence de 4 nodules calcifiés le long de la chaine jugulaire droite.

On se contente d'un traitement local à raison de 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant 2 semaines soit six injections en tout . L'amélioration est rapide. L'adénopathie régresse.

Adénopathie secondaire : succès

OBSERVATION N° 22

Monsieur Roger BENY... âgé de 29 ans vient consulter le 23 aout I958 pour un ganglion cervical droit, mobile, douloureux , de la taille d'une noix. La peau est normale. On note la présence de petits ganglions axillaires bilatéraux. Le malade a maigri.

La ponction ganglionnaire permet de retrouver des BK à l'examen direct. La cuti est très positive. La VS à I4-25. La formule sanguine est normale le cliché pulmonaire aussi.

On met le malade au Rimifon en septembre et on pratique 3 injections par semaine pendant un mois de 25 mg à hydrocortisone. Amélioration.

D'octobre à décembre le malade séjourne à Berk où il ne reçoit aucun traitement local et seulement 1 g de streptomycine tous les trois jours.

Le 6 décembre le malade est revu avec son ganglion qui persiste on reprend alors le Rimifon auquel on adjoint du cortancyl I5 mg.. Sous ce traitement le ganglion disparait.

Nouvelle récidive dans les premières semaine de février I959 on continue le Rimifon mais on ne pratique aucun nouveau traitement local.

En juillet I959 le malade va bien. En janvier I960 l'état ganglionnaire est satisfaisant du côté soigné mais il existe deux ganglions cervicaux gauche de la taille d'une noisette. On adresse le malade au chirurgien le I2 mars I960.

Adénopathie secondaire : échec

OBSERVATION N° 23

Mme MINNA BEA..., âgée de 47 ans vient consulter le 6 avril I954 pour un ganglion cervical gauche de la taille d'une noix, ferme, indolore. La peau est normale.

Ce ganglion est apparu en février I954 mais en I944 la malade avait déjà eu une adénopathie cervicale gauche soignée à l'Hotel Dieu, en outre en mars I954 on note la présence d'une adénopathie axillaire gauche qui régresse en IO jours spontanément .

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct ce n'est qu'à la fin du mai que le Loewenstein sera positif. La cuti est très positive. L'image pulmonaire normale.

Un traitement par voie générale est utilisé seul d'abord, d'avril à septembre I954 à base de Rimifon (4 comprimés) on constate une amélioration mais une nouvelle poussée survient en novembre devant laquelle on décide de pratiquer un traitement local.

Du 2I décembre au 7 janvier I955 on fait 5 injections de 25 mg d'hydrocortisone sans amélioration. On refait alors une nouvelle série de 5 injections toujours sans résultat.

En mars I955 il existe une masse cervicale de la taille d'une mandarine, dure, ferme, mais ramollie par endroit, douloureuse.

La malade est passée en chirurgie pour drainage.

Adénopathie secondaire : échec

OBSERVATION N° 24

M. Jacques SEN... âgée de 20 ans, vient consulter le 23 avril I958 pour un ganglion sous-claviculaire gauche de la taille d'une noix, mobile, douloureux apparu au début d'avril. La peau est normale.

Le malade a fait sa primo-infection il y a trois ans..On ne retrouve pas de BK à l'examen direct du suc ganglionnaire le 23 avril mais le Lowenstein sera positif. VS, cliché pulmonaire et F.S. sont normaux.

Le malade va recevoir 6 comprimés par jour de Rimifon et trois injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant deux mois soit au total 24 injections.

Une amélioration se produit bientôt suivie de rechute. Le malade est opéré au début de I959.

Adénopathie secondaire : échec

OBSERVATION N° 25

Mme Simone BOIS... âgée de 39 ans vient consulter le 7 aout I957 pour un ganglion sous angulo-maxillaire droit de la taille d'une grosse noix , indolore fluctuant, fixé. La peau est envahie.

Cette adénopathie est apparue en juin I957 et la malade a été soignée à l'hôpital St Joseph. Elle a reçu par voie générale streptomycine et rimifon de la streptomycine localement et a en outre été soumise à IO séances de radiothérapie.

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK le 7 aout I957 (traitements antérieurs)) . La VS est normale. On va continuer le rimifon et faire du 7 au 3I aout une injection tous les trois jours de 25 mg d'hydrocortisone soit 8 en tout.

Le 3I aout le ganglion a presque disparu il persiste une importance adhérence cutanée. Dès le 8 septembre on constate une rechute . On refait trois injections d'hydrocortisone mais l'état de la peau va les rendre impossibles. A partir du 8 octobre, on va donner 20 mg de cortancyl par voie général pendant trois semaines, le ganglion régresse.

Le 3 janvier I958 à droite persiste une induration de la peau mais on constate l'apparition d'un petit ganglion dans la région carotidienne gauche. On poursuit le traitement avec Rimifon et cortancyl.

Le 25 janvier amélioration nette à gauche on arrête le cortancyl. En septembre I959, rechute à gauche. La malade est perdue de vue.

Adénopathie secondaire : echec

OBSERVATION N° 26

Mme FOLL... âgée de 3I ans, vient consulter le 3I mai I958 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite. Elle est apparue en février I957 à l'occasion d'une rhino-pharyngite. La malade a reçu alors de la pénicilline puis en avril I958 du Propidon.

On constate la présence de deux ganglions de la taille d'une noix indolore, ferme, fixé. La peau est normale. L'état général est bon.

La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct. Le Loewenstein est négatif mais l'inoculation au cobaye est positive.

La cuti est positive. La VS à I5-42. La formule sanguine normale. On met la malade au rimifon et on pratique deux injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone pendant deux mois soit au total 20 injections en juin et juillet I958.

La malade revient en octobre I958 avec une collection froide contenant du pus. On refait I0 injections d'hydrocortisone sans résultat, puis on pratique un drainage chirurgical.

Adénopathie secondaire : echec

OBSERVATION N° 27

Dominique MAR...., âgée de 6 ans vient consulter le I0 décembre I954 pour une adénopathie rétro-auriculaire gauche apparue progressivement en mars I953 et traité déjà pendant six mois de mai à novembre I953 par une association Rimifon-BPAS.

On constate la présence d'une masse rétro-auriculaire de la taille d'une grosse noisette indolore adhérente. La peau s'est fistulisée quelques jours avant la consultation. L'état général est bon.

On avait déjà retrouvé des BK à l'examen direct du suc ganglionnaire en mai I953. La première cuti-positive remonte à cette date. La VS est à 8-2I. Le cliché pulmonaire et la formule sanguine sont normales.

On met l'enfant pour 6 mois au rimifon et l'on pratique 3 injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone soit 24 au total.

L'amélioration est très rapide. L'enfant est revue en juin I955, la peau est cicatrisée. Le ganglion est presque disparu.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION 28

Jean-Claude OLIV... âgé de I0 ans vient consulter le I0 février I956 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche apparue en décembre I955 en même temps que l'on constatait la présence d'un chancre d'innoculation gingival

La dernière cuti négative remonte à octobre I955. On constate la présence d'une masse sous-angulo-maxillaire gauche de la taille d'une très grosse noix indolore, ramollie . La peau est normale. On retrouve en outre un ganglion un peu plus antérieur que le précédent de la taille d'une noisette et un ganglion sous angulo-maxillaire droit de la même taille.

L'état général est bon. Le chancre d'inoculation gingival au niveau de la canine inférieure gauche persiste. On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. La cuti est positive. La VS est à I2-30. Le cliché pulmonaire et la formule sanguine sont normaux.

On met l'enfant pour 6 mois au Rimifon associé à du BPAS et on pratique I2 injections de 25 mg d'hydrocortisone suivi de 4 injections de I2 mg soit au total I6 injections à raison d'une tous les deux jours.

La guérison est complète à la fin du traitement, elle se maintient en I958.

Adénopathie primaire : succès.

OBSERVATION N° 29

Madeleine LANT... âgée de 11 ans, vient consulter le 30 octobre I958 pour un ganglion cervical gauche, mobile , indolore, ferme, de la taille d'une noix apparu progressivement dans le cours de septembre I958.

La dernière cuti négative remonte à mai I958 celle pratiquée le 30 octobre est positive. Le père de la malade est tuberculeux. La ponction ganglionnaire ne permet pas de retrouver de BK à l'examen direct mais le Loewenstein est positif. VS et formule sanguine sont normales. Le cliché pulmonaire révèle des calcifications hiliaires droites.

On met l'enfant au rimifon pour six mois et on pratique 4 injections de I2 mg d'hydrocortisone les 3.7.I0.I4 novembre I958.

Le 25 novembre il ne reste plus qu'un ganglion de la taille d'un pois. En mai I959 la guérison se maintient.

Adénopathie primaire : succès.

OBSERVATION N° 30

Jean Marie N... âgé de 8 ans, vient consulter en novembre I955 pour une adénopathie sous maxillaire gauche de la taille d'une grosse noix apparue

depuis peu..La dernière cuti négative remonte à juin I955 la première positive à octobre I955.

La ponction ganglionnaire pratiquée lors de la consultation permet de retrouver des BK à l'examen direct. On met l'enfant au rimifon et l'on pratique deux injections de 25 mg d'hydrocortisone par semaine pendant 3 semaines soit six injections.

L'adénopathie se réduit au volume d'un petit nodule. En janvier I956 petite rechute qui cède rapidement à trois injections. En avril I957 la guérison est confirmée.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 3I

Henri C...., âgé de 7 ans, vient consulter le 7 septembre I955 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche, mobile, sensible, ferme, de la taille d'une grosse noix, apparu en juin I955, la peau est normale.

La dernière cuti négative remonte à I95I. La première positive est faite à l'occasion de la consultation mais découvre un autre chancre d'inoculation en regard de la première molaire supérieure gauche.

On retrouve des BK à l'examen direct du prèlèvement ganglionnaire, le cliché pulmonaire est normal. On pratique sept injections d'hydrocortisone à raison de deux par semaine.

L'amélioration est rapide le I5 octobre , le ganglion est réduit à la taille d'un noyau de datte. Le 3I mars I956 il en est de même. En mai I957, on ne retrouve plus qu'un petit nodule scléreux résiduel.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 32

Gérard G. âgé de 8 ans vient consulter le 11 aout I955 pour une adénopathie cervicale gauche apparue progressivement en juin I955, elle est de la taille d'une grosse noix.

La dernière cuti négative remonte à juin I955, celle pratiquée le jour de la consultation est positive.

La ponction ganglionnaire permet de retrouver des BK à l'examen direct. L'état général est excellent. L'intra-dermo est positive. Le cliché pulmonaire est normal.

On pratique 6 injection de 25 mg d'hydrocortisone à raison de une par semaine.

Le ganglion diminue régulièrement de volume à la fin du traitement il est réduit à la taille d'une petite noisette. La guérison se maintient en mars I957.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 33

Claude B... âgé de 7 ans vient consulter le 20 octobre I956 pour un ganglion sous angulo-maxillaire droit de la taille d'une grosse noix.

La dernière cuti négative remonte à juin I955. La première positive est faite à l'occasion de la consultation. On retrouve des BK à l'examen direct du suc de ponction ganglionnaire le 20 octobre.

On met l'enfant au rimifon et au BPAS et l'on fait quatre injections de 25 mg d'hydrocortisone en un mois. Le ganglion diminue régulièrement en décembre I956 il est réduit au volume d'une noisette. En avril I957, la guérison se maintient.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 34

Isabelle GASC..., âgée de 6 ans vient consulter le 27 octobre I959 pour une adénopathie cervicale droite.

L'enfant a été opéré des végétations le 30 juin I959. La cuti est alors négative. Le I0 aout 59 survient une angine avec fièvre à 39°5. Le I2 aout brutalement apparait l'adénite. La cuti faite ce jour est positive. On met l'enfant au rimifon et à 25 mg de cortanpil du I2 aout au 27 octobre.

A cette date on note la présence d'un ganglion cervical droit de la taille d'une noix, indolore en voie de ramollissement. La peau est normale.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. La cuti est positive. VS et cliché pulmonaire sont normaux.

On continu le rimifon et on pratique 8 injections de I2 milligrammes d'hydrocortancyl à raison de 3 la première semaine, deux la deuxième et la troisième semaines, une la quatrième.

Le 9 décembre l'adénopathie a beaucoup régressée, on refait cependant 4 injections en décembre. Elles amènent une guérison complète.

L'enfant est revu en excellent état en juin I960. On arrête le rimifon.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 35

Geneviève FAM..., âgée de 5 ans, vient consulter le 5 janvier I96I pour une adénopathie inguinale gauche de la taille d'un oeuf de poule. La peau est rouge et tendue.

Elle est apparue à la suite d'une petite escoriation au genou qui persiste, vers le 20 décembre I960.

La dernière cuti négative remonte à novembre I960, celle pratiquée le jour de la consultation est positive. On relève une notion de contage par une tante porteuse d'une adénopathie tuberculeuse fistulisée.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. Le Loewenstein est positif. La formule sanguine et le cliché pulmonaire sont normaux. On met l'enfant au rimifon et à 20 mg de cortancyl.

Les I2 et I9 janvier on fait une ponction et une injection d'hydrocortisone.

Le 28 janvier l'adénopathie a presque disparu, on diminue le cortancyl. Le Dr. Pellerin qui a vu l'enfant rejette l'intervention.

Le I4 février trois jours après l'arrêt du cortancyl nouvelle poussée de l'adénopathie on refait deux injections d'hydrocortisone. Le 22 mars : bon état local mais le ganglion reste perceptible. Le 25 mai on refait une injection Le I5 septembre, l'enfant est tout à fait bien, seul persiste une petite cicatrice d'injection et de ponction à 1 cc du pli inguinale gauche.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 36

Denis, SAI... âgé de 5 ans, vient consulter le I8 avril I96I pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche, mobile, sensible, dure de la taille d'un oeuf de pigeon, apparue au début d'avril, accompagnant une rhino-pharyngite.

La première cuti-positive remonte à septembre I960, elle est faite à l'occasion de la découverte d'une tuberculese évolutive chez la mère de l'enfant.

On note pâleur, asthénie, aménorrhée, amaigrissement, fièvre.

Ia cuti est très positive, la VS à I5-5, la F.S. normale. Le cliché pulmonaire révèle une image ganglionnaire hilaire gauche.

On ne retrouve pas de BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire le 20 avril mais le 4 mai le Loewenstein est positif.

L'enfant est hospitalisé et mis d'abord pendant 6 jours à un traitement associant Pénicilline, Tétracycline et Cortancyl I5 mg, puis on met en route une thérapeutique spécifique comportant BPAS, Rimifon, Cortancyl I5 mg et à partir du 2 mai on fait pendant 3 semaines, 2 Injections par semaine d'hydrocortisone.

Dès le I5 mai l'adénopathie a presque disparu. Le 20 elle est réduite au volume d'un petit pois mais l'enfant reste subfébrile. D'ailleurs le 25 mai une numération montre I4.200 blahes avec 62% de polynucléaires, puis tout rentre dans l'ordre. On arrête le cortancyl le 25 juin.

L'enfant part en placement. L'adénopathie cervicale n'a pas réaugmentée le ganglion hilaire a disparu.

Adénopathie primaire : succès

OBSERVATION N° 37

Nicole T, âgée de 7 ans, vient consulter le I7 Mai I956 pour une adénopathie sous-maxillaire gauche de la taille d'un oeuf de poule, sensible, ferme, entouré de périadénite, la peau est adhérente.

Cette adénopathie est apparue en octobre I955 insidieusement d'abord de la taille d'une noisette elle va brusquement augmentée de volume en avril I956.

La dernière cuti négative remonte à janvier I955 la première positive à novembre I955. On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglion-

naire. Le cliché pulmonaire est normal. On met l'enfant au rimifon et l'on fait en cinq semaines 7 injections de 25 mg d'hydrocortisone associée à I/2cc de rimifon.

En juin ne persiste plus que 3 petits ganglions sous périadénite et le 7 juillet l'état local est satisfaisant. Le 3 novembre rechute. La ponction retire du pus on ne fait qu'une injection locale, on en refera 2 en jancier une en février , une en Mars.

Le I5 mai I957 l'enfant va très bien seul persiste un léger épaississement de la peau avec une induration sous-jacente.

Adénopathie primaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 38

Chantal M... âgée de 5 ans, vient consulter le 26 septembre I955 pour une adénopathie cervicale gauche de la taille d'un oeuf de pigeon : entourée de périadénite, apparue un mois auparavant.

En I953 on avait pratiqué l'exérèse d'un ganglion tuberculeux de la même région.

On retrouve des BK à l'examen direct du prelèvement ganglionnaire. On fait 3 injections d'hydrocortisone en une semaine le ganglion diminue. La périadénite disparait, mais I5 jours plus tard se produit une rechute qui cède à trois injections. Une nouvelle rechute, deux semaines après, guérira après 4 injections d'hydrocortisone, établies sur un mois, mais non sans que soit apparue une petite fistule.

L'enfant est revu en mars I957. Seul persiste un petit nodule fibreux sans périadénite. La cicatrice est punctiforme.

Récidive d'adénite primaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 39

Annie COUL...., âgée de IO ans, vient consulter le I7 mai I955 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche de la taille d'une très grosse noix sensible, apparue en avril I954. La peau est normale. L'état général bon.

La dernière cuti négative remonte à novembre I953, la première positive à février I954.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. La cuti est positive. Le cliché pulmonaire normal. On note une leucocytose à I3.000 avec 77% de polynucléaires.

L'enfant est mis au rimifon et va recevoir ll injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison d'une tous les deux jours à partir du 20 mai.

L'amélioration est très nette. Le ganglion disparait, mais une adénopathie discrète va réapparaitre en octobre I955, on ne revoit l'enfant qu'en mars I956. On refait alors l série de IO injections de 25 mg d'hydrocortisone, une tous les deux jours.

On obtient une guérison confirmée en I957.

Adénopathie primaire. Résultat assez bon

OBSERVATION N° 40

Alain SAD âgé de IO ans , vient consulter le 28 octobre I958 pour une adénopathie cervicale gauche, indolore, ferme de la taille d'une grosse noix. La peau est normale.

Elle est apparu après une angine, le IO octobre accompagnée d'une fièvre persistante et a été soignée par de la pénicilline.

La cuti négative en juillet I958 est positive le jour de la consultation La VS est à 25-59 , le cliché pulmonaire et la formule sanguine sont normaux.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. On remet l'enfant au rimifon et au BPAS et l'on pratique quotidiennement du Ier au I2 novembre une injection de 25 mg d'hydrocortisone.

On obtient une amélioration suivie de rechute, on refait alors une nouvelle série de 7 injections qui amène une amélioration suivie encore de rechute en janvier I959. On refait alors une série de 6 injections de I2,5 milligrammes d'hydrocortancyl à raison d'une tous les cinq jours.

L'enfant guérit sans cicatrice, il est revu en janvier I959, il n'y a pas eu de nouvelle récidive.

Adénopathie primaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 4I

René HAIS..., âgé de I2 ans, vient consulter le I9 septembre I958 pour une adénopathie cervicale droite, de la taille d'une noix, apparue progressivement en mai I958 et s'étant fistulisée en aout.

La première cuti positive remonte à décembre I957 elle était contemporaine d'un chancre d'inoculation siégeant sur la première molaire inférieure droite.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. La cuti est positive. La VS est à 5-I2. Formule sanguine et cliché pulmonaire sont normaux.

On met l'enfant au rimifon et au BPAS et à partir du 24 septembre on pratique pendant I6 jours une injection quotidienne de 25 mg d'hydrocortisone.

Le I5 octobre le ganglion a disparu la fistule est cicatrisé. En décembre I958 on constate un nouveau petit écoulement au niveau de la fistule L'enfant est envoyé à Roscof où il passe six mois sans recevoir aucun traitement adjuvant.

Il est revu guéri en juin I959.

Adénopathie primaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 42

Viviane FYOT, âgée de 6 ans, vient consulter le 26 aout I958 pour une adénopathie cervicale droite, indolore, de la taille d'une noix, apparue progressivement vers la mi-juillet.

La dernière cuti négative remonte à mars I958, celle pratiquée à l'occasion de la consultation est positive.

L'examen direct du prélèvement ganglionnaire permet de retrouver des BK. La VS est à 8-2I. Le cliché pulmonaire et la formule sanguine sont normaux.

On met l'enfant au rimifon pour six mois et l'on pratique ll injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison d'une tous les trois jours.

Le ganglion diminue rapidement il a presque disparu à l'arrêt du traitement local le 3 octobre , mais il augmente de volume le I8 octobre . On refait alors une série de six injections d'hydrocortisone. Fin novembre I958, il ne persiste plus qu'un ganglion de la taille d'une noisette.

L'enfant est revu guéri en juin I959

Adénopathie primaire : assez bon résultat.

OBSERVATION N° 43

Bernard BANQ... âgé de 6 ans, vient consulter en février I957 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire mobile, indolore, ferme, de la taille d'une noix apparue progressivement en janvier I957, l'état général est bon.

On avait déjà vu l'enfant le I8 novembre I953 avec une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche dont la ponction avait ramené un pus sans BK. Un traitement par la Terramycine l'avait fait disparaitre.

La dernière cuti négative remonte à Mai I953. La première positive à octobre I953.

La ponction du ganglion permet de retrouver des BK à l'examen direct. du prélèvement. La cuti est positive. La VS est à 5-20. Le cliché pulmonaire normal.

On met l'enfant au rimifon pour 6 mois et l'on fait 7 injections de 25 mg d'hydrocortisone au cours du mois de février,à la fin du traitement ne persiste plus qu'un ganglion de la taille d'un pois.

Rechute en mai I957. Elle cèdera après une nouvelle série de 8 injections d'hydrocortisone. La guérison est consolidée par une cure hélio-marine. L'enfant est revue bien portant en février I959.

Récidive d'adénopathie primaire : résultat assez bon

OBSERVATION N° 44

Daniele DEST....âgée de 7 ans, vient consulter en novembre I958 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite, de la taille d'une noisette, indolore, fluctuante, apparue en juin I958, progressivement.

La dernière cuti négative remonte à septembre I957. La première positive à septembre I958. Le contage est familial.

On ne retrouve pas de BK à l'examen direct du pus retiré dans le ganglion mais le Loewenstein est positif. L'état général de l'enfant est médiocre . Il n'a pas de fièvre. La cuti est positive. La VS , la formule sanguine, le cliché pulmonaire sont normaux.

L'enfant va recevoir 6 injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison de 2 par mois de novembre à janvier (enfant indocile, mère non coopérante).

L'amélioration n'est que temporaire. Rechute avec fistulisation en avril . La guérison survient après deux mois d'écoulement de pus. L'enfant est revu en octobre I959 avec une cicatrice linéaire sous-angulo-maxillaire La peau est légèrement adhérente.

Adénopathie primaire : résultat médiocre

OBSERVATION N° 45

Gérard S..., âgé de 8 ans, vient consulter le 4 aout I955 pour une adénopathie cervicale droite de la taille d'une très grosse noix, fluctuante. La peau est infiltrée, rouge, tendue, on note la présence d'un petit ganglion en arrière de la masse principale. L'état général de l'enfant est médiocre.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire le 11 aout. La cuti est positive. L'image thoracique est normale.

A dater du 11 aout on fait quotidiennement une injection de 25 mg d'hydrocortisone pendant une semaine, au bout de laquelle le ganglion n'a plus que le volume d'une noisette. La peau est normale.

Le 9 septembre, petite rechute on refait 3 injections, nouvelle rechute en décembre, 1 injection.

L'enfant est revu le I2 janvier I956 avec une petite fistule, le ganglion n'est plus perceptible.

En mars I956 on fait un traitement pendant I5 jours de I0 mg de cortancyl. On obtient une guérison confirmée en mai I957 avec une cicatrice punctiforme.

Adénopathie primaire : résultat médiocre.

OBSERVATION N° 46

Gilberte G., âgée de 8 ans, vient consulter le 25 novembre I955 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche de la taille d'une petite noix, mobile, indolente, ferme, apparue vers le 20 novembre en même temps qu'un érythème noueux. On note en outre la présence de ganglions jugulaires gauches. Il existe un chancre d'inoculation gingivale de deux centimètres de diamètre. L'enfant est fébrile.

La cuti qui était négative en mai I955 est positive. Le cliché pulmonaire est normal. Après ne pas avoir trouvé de BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire du 25 novembre on en retrouvera le 8 décembre.

On met l'enfant à un traitement associant rimifon, BPAS, cortisone et l'on fait six injections d'hydrocortisone en I5 jours.

On obtient une régression passagère puis aucune amélioration pendant deux mois. L'adénopathie tend à se ramollir.

On refait I2 injections d'hydrocortisone d'abord une chaque jour puis tous les deux jours. Il n'y a pas d'amélioration, une fistule se produit on la traite avec de la pénicilline à l'hydrodortisone et de la streptomycine. Elle est complètement cicatrisée en mai I957, mais la cicatrice a plusieurs centimètres de long et est inesthétique.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 47

Marianne F., âgée de 8 ans, vient consulter le 6 mai I956 pour une adénopathie cervicale gauche de la taille d'une très grosse noix. Apparue brutalement le 29 avril. Il existe une périadénite importante.

La dernière cuti négative remonte à novembre I955, celle faite le jour de la consultation est très positive. On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire.

On fait deux injections de 25 mg d'hydrocortisone par semaine pendant un mois soit 8 au total. On obtient une bonne régression suivie en juillet I956 d'une rechute , on refait 4 injections, mais nouvelle rechute en octobre qui semble céder à deux injections.

L'enfant est revu en décembre I956 avec une petite fistule qui sera fermée le I5 janvier I957. En Mai I957 persiste un petit nodule et une cicatrice cutanée minime.

Adénopathie primaire : résultat médiocre

OBSERVATION N°48

Joselyne LOT..., âgée de 8 ans, vient consulter le 20 novembre I954 pour une adénopathie cervicale gauche de la taille d'une petite noix, fixée, sensible, ramollie, apparue progressivement depuis décembre I953, n'ayant tiré aucun bénéfice d'un séjour en préventorium d'avril à novembre I954.La peau est sur le point de se fistuliser. On note la présence à gauche d'un autre petit ganglion sous angulo-maxillaire et de trois petits ganglions à droite. L'état général est bon.

La dernière cuti négative remonte à novembre I953. La première positive à février I954.

On retrouve des BK, le 24 novembre, à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. Formule sanguine et cliché pulmonaire sont normaux.

On met l'enfant au rimifon et l'on fait 3 injections de 25 mg d'hydrocortisone en I0 jours. L'amélioration est nette les ganglions sous-maxillaires gauches et cervicaux droits augmentent le 4 décembre . On ajoute de l'hydrocortancyl par voie général. Ce traitement sera poursuivi jusqu'en février I955. Le II décembre le ganglion cervical gauche se fistulise. Le 8 mars I955, à gauche persiste un petit ganglion sous-angulo-maxillaire, à droite un ganglion de la taille d'une noix.

Il se produit une stabilisation jusqu'en juillet I955, mais à cette date l'enfant est revu avec une adénopathie cervicale bilatérale, ganglions de la taille d'une grosse noix, fixés, à gauche les téguments sont rouges, on hospitalise l'enfant.

Du 2I juillet au 11 aout I955 on refait chaque jour une injection d'hydrocortisone : 20 au total, puis une nouvelle série du 25 aout au 5 septembre. IO injections au total; à cette date on constate une nette amélioration à gauche mais le ganglion droit s'est fistulisé. On fait alors six injections à droite.

L'enfant est revu en mars I957. Il persiste à droite un ganglion de la taille d'une petite noisette et une cicatrice cutanée minime.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 49

La jeune CAN..., âgée de I2 ans, vient consulter le 3 janvier I958 pour une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche de la taille d'une grosse noix, indolore, apparue progressivement à la fin de décembre I957.

La dernière cuti négative a été faite dans les premiers jours de décembre, une autre pratiquée le 27 décembre est positive. On note en outre la présence d'un chancre d'inoculation au niveau de la première molaire supérieure gauche. L'enfant est en bonne état

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire le 3 janvier. La vitesse de sédimentation est à 30-70. Cliché pulmonaire et fond d'oeil sont normaux.

On met l'enfant au rimifon pour 6 mois et l'on fait 22 injections de 25 mg d'hydrocortisone à raison d'une tous les 2 ou 3 jours du 20 janvier au au 2 avril puis 8 injections entre le 2 avril et le 9 juin.

Le 9 juin le ganglion n'a pas changé de volume. On met alors l'enfant au cortancyl en commençant par des doses de 50 mg pendant I0 jours puis en diminuant progressivement.

En novembre I958 on refait une série de 4 injections locales sans amélioration.

L'enfant est alors envoyé en chirurgie.

Adénopathie primaire : echec

OBSERVATION N° 50

Nicole GOL... âgée de 7 ans, vient consulter le 28 mai I958 pour une adénopathie cervicale gauche fixée sensible, de la taille d'une grosse noix. La peau est normale. Cette adénite est apparue en avril I956 . La cuti réaction qui était encore négative à cette date est positive en juin I956. A partir de ce moment l'enfant a reçu du rimifon et du BPAS qui ont amené uneamélioration transitoire suivie d'une rechute de l'adénopathie en novembre avec fistulisation en décembre. Le rimifon a été administré jusqu'en mai I957, il sera continué.

Une biopsie ganglionnaire faite le I2 juin I956 avait affirmé la nature tuberculeuse de l'affection. Le cliché pulmonaire est normal.

Du 28 mai au 23 juillet on pratique I3 injections de 25 mg d'hydrocortisone. L'amélioration est très nette mais en janvier I959 se produit une rechute soignée par 4 injections d'hydrocortancyl. Le ganglion régresse à nouveau pour augmenter en avril I959. Une ponction du 6/4/59 confirme la présence de BK à l'examen direct.

La malade est opérée par le D. PELLERIN en juillet I959. Elle est revue en mai I960 avec un nouveau ganglion à gauche. On l'envoie alors à Roscof.

Adénopathie primaire : echec.

OBSERVATION N° 5I

Geneviève LAG..., âgée de 11 ans, vient consulter le I3 juillet I957 pour une adénopathie apparue progressivement depuis décembre I956, elle est de la taille d'une mandarine indolore , la peau est normale. La première cuti-positive remonte à un an.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. La VS est à 5-I5, la cuti positive, la formule sanguine normale, le cliché pulmonaire montre des nodules hilaires calcifiés.

L'enfant est mis au cortancyl et reçoit 4 injections de 50 mg d'hydrocortisone à raison d'une tous les quatre jours en juillet I957.

L'amélioration est ttrès nette mais l'enfant est revu le 5 décembre avec une rechute, on refait alors une série de 5 injection d'hydrocortisone à raison d'une par semaine du 23 décembre au 30 janvier. Le ganglion diminue mais le 27 mars I958 il a réaugmenté. La peau est adhérente il vas se fistuliser en avril I958.

Le Docteur PELLERIN pratique une adénectomie avec curage ganglionnaire le 3 juin I958.

L'enfant est revu en octobre I958. Bon résultat chirurgical.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 52

Jean Marie COIS...âgé de IO ans, vient consulter le 2 aout I954 pour une adénopathie cervicale gauche de la taille d'une grosse noix, mobile, indolore La peau est normale, elle est apparu progressivement en juillet I953.

La première cuti positive remonte à janvier I953, la dernière négative à juillet I952. Depuis avril I954 l'enfant a reçu du rimifon . L'état général est bon.

L'examen direct du prélèvement ganglionnaire permet de retrouver des BK le 6 aout I954. La cuti est positive . L'image thoracique normale.

On continu le rimifon et l'on fait un aout I954 6 injections de 25 mg d'hydrocortisone.

L'amélioration n'est que transitoire. En septembre survient une rechute qui cède à 6 injections, mais en janvier I955 nouvelle rechute traitée par 6 injections.

En avril et mai I955 on est amené à refaire une série de I4 injections à raison de deux par semaines mais sans éviter le I0 juin I955 la fistulisation du ganglion.

L'enfant est alors envoyé en cure hélio-marine en aout I955.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 53

Serge CAP.. âgé de 7 ans, vient consulter le I4 janvier I955 pour une adénopathie mastoïdienne droite de la taille d'une noisette, mobile, indolore, apparue en décembre I954.

Une cuti faite en octobre I954 était négative celle faite le jour de la consultation est positive. L'état général est bon.

Il est à noter que le malade a une soeur qui ayant viré sa cuti à la même époque avec un ganglion cervical gauche, soignée par rimifon et BPAS sera opérée avec un bon résultat par le Dr. PELLERIN en février I955.

On ne retrouve pas de BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire mais le Loewenstein est positif. L a VS est à 22-52. La formule sanguine montre I5.000 blancs dont 5I% de polynucléaires. Le cliché pulmonaire révèle une adénopathie hilaire gauche confirmée par des tomographies.

On met l'enfant au rimifon et de janvier à avril on fait une ou deux injections par semaine de 25 mg d'hydrocortisone. Au total I2 injections.

Le ganglion disparait complètement mais en mai I956 se produit une rechute. L'enfant est envoyé à Roscof de juillet 55 à janvier 56, le ganglion se fistulise pendant la cure hilio-marine.

En octobre I956 il ne persiste qu'une petite cicatrice discrète au niveau de laquelle adhère la peau.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 54

Anna BALD..., âgée de 5 ans, vient consulter et est hospitalisée le 28 février I959 pour une adénopathie cervicale gauche composée de trois ganglions de la taille d'une noix chacun, fixés, indolores, fermes, la peau est normale.

Ils sont apparus progressivement, accompagnant une rhino-pharyngite en Mai I958. A ce moment la cuti était négative. Elle sera positive en octobre I958. En mai l'enfant avait reçu de la terramycine qui avait fait régresser la taille du ganglion puis du 25 octobre jusqu'à la date de la consultation, 4 comprimés par jour de rimifon qui n'avaient pas amené d'amélioration.

L'état général est bon. La cuti positive. La VS à 5-I0. Formule sanguine et cliché pulmonaire sont normaux.

On continu le rimifon et du 28 février au 23 mars on pratique I8 injections de 25 mg d'hydrocortisone.

La malade est revue le 9 mai. Les ganglions ont diminués de volume mais sont toujours importants on continue le rimifon.

En septembre I959 l'enfant vient consulter avec une fistule. Il sera opéré le 9 novembre I959 à cette date la fistule est asséchée.

OBSERVATION N° 55

Marie N. H..., âgée de 6 ans, vient consulter le 3 novembre I955 pour une adénopathie sous maxillaire gauche entourée de périadénite.

La dernière cuti faite en juin I955 était négative. Celle pratiquée le jour de la consultation est positive. On note en outre la présence d'un chancre d'inoculation buccal.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire.

On met l'enfant au rimifon et l'on fait 6 injections d'hydrocortisone en 3 semaines. La périadénite disparait , le ganglion diminue il n'a plus que la taille d'une noisette. Mais en décembre I955 se produit une rechute qui régresse après 4 injections. Il en est de même en février.

En mars I956 3è rechute avec atteinte d'un autre ganglion. Les deux vont bientôt se fistuliser. En décembre I956, les fistules sont fermées mais la cicatrice est très inesthétique.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 56

Elizabeth P..., âgée de 8 ans, vient consulter en septembre I956 pour une adénopathie apparue au mois d'aout. Elle est de la taille d'une grosse noix entourée de péri-adénite constituée par 2 ganglions jugulaires

hauts situés. La cuti est positive, on ne retrouve pas de chancre buccal. On ne connait pas la date de la dernière cuti-négative.

Il existe des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. On fait 8 injections d'hydrocortisone localement et on administre du rimifon par voie générale.

Après une amélioration, l'enfant rechute en novembre I956. 4 nouvelles injections amènent une régression modérée. En décembre I956 deuxième rechute au niveau d'un troisième ganglion qui va régressé après 4 injections d'hydrocortisone.

Fin janvier I957 le premier groupe de ganglions réaugmente, la peau est prête à se fistuliser. On pratique une exérèse en février I957. L'enfant est revu en mai I957 avec une cicatrice linéaire.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 57

Yasmina C... âgée de I3 ans vient consulter le 4 décembre I956, pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite, de la taille d'un oeuf de poule fixée, indolore, ramollie, fluctuante. La peau est adhérente. Cette adénopathie est apparue en avril I956. L'enfant a déjà reçu rimifon, BPAS, streptomycine.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire le 4/I2/I956 .La cuti est positive, l'image thoracique normale .

Le I2 décembre on fait une injection de 50 mg d'hydrocortisone et quelques jours après une seconde : elles n'empêchent pas la fistulisation de ganglion fin décembre et l'apparition d'un petit ganglion au côté opposé. On préconise alors un traitement chirurgical.

Adénopathie probablement primaire : échec.

OBSERVATION N° 58

Jean-Claude O..., âgé de 9 ans, vient consulter en février I956 pour une adénopathie sous-maxillaire gauche récemment apparu. La cuti est positive et on note la présence d'un chancre d'innoculation gingivo-labial. La ponction ganglionnaire permet de retrouver des BK à l'examen direct du prélèvement.

On met l'enfant au BPAS au rimifon et l'on fait plusieurs injections d'hydrocortisone pendant une hospitalisation de six semaines . Le ganglion ne diminue pas. On refait alors une injection d'hydrocortisone par semaine pendant cinq semaines. Il se produit une fistulisation qui va persister jusqu'en aout I956, puis en septembre I956 une rechute se produit au niveau d'un ganglion sous jacent au premier. On reprend les injections d'hydrocortisone mais en décembre I956 apparait une adénopathie du côté opposé qui va se fistuliser malgré trois injections d'hydrocortisone.

On conseille alors un traitement chirurgical.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N° 59

Henri D..., âgé de 6 ans, vient consulter le 4 octobre I955 pour une adénopathie sous-maxillaire gauche de la taille d'un oeuf de pigeon, entourée d'une légère péri-adénite, apparue récemment. La peau est normale.

On note la présence d'un chancre d'innoculation gingival. La dernière cuti négative remonte à avril I955. La première positive est celle faite le jour de la consultation. L'examen direct du prélèvement ganglionnaire révèle la présence de BK.

On fait IO injections d'hydrocortisone, établies sur six semaines. Le ganglion régresse lentement, il se réduit au volume d'une noisette.

Mais en janvier I956 se produit une rechute on refait quatre injections qui n'empêchent une fistulisation on pose alors un séton en mars I956. La cicatrisation est obtenue en novembre I956.

L'enfant est revu en mai I957 avec une cicatrice très inesthétique.

Adénopathie primaire : échec

OBSERVATION N°60

Jacques N, âgé de I0 ans, vient consulter en mars I955, pour une adénopathie jugulaire gauche de la taille d'un oeuf, entourée de péri-adénite La peau est infiltrée.

La cuti est positive, mais on ne sait la date de la dernière cuti négative. On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire. On fait 6 injections d'hydrocortisone en 3 semaines.

En mai I955 la masse ganglionnaire est toujours importante. On refait une série de quatre injections sans résultats. On pose alors un séton. On obtient alors un assèchement en I0 mois avec une cicatrice inesthétique.

Adénopathie primaire : échec.

OBSERVATION N° 6I

Roger PER..., âgé de I2 ans, vient consulter le I6 septembre I957 pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite, douloureuse, fixée, de la taille d'une noix, adhérente à la peau.

Elle est apparu en juin I957, accompagnée d'une adénopathie axillaire et sous angulo-maxillaire droite, en même temps que l'on notait la présence d'une ulcération buccale. La cuti était phlycténulaire.

L'enfant avait alors été mis au rimifon, au cortancyl et avait reçu quatre injections locales d'hydrocortisone. C'est après une amélioration temporaire qu'était survenue la rechute.

On retrouve des BK à l'examen direct du prélèvement ganglionnaire le I6 septembre . Le Loewenstein est positif. La cuti est encore très positive. L'image thoracique est normale.

On continu le rimifon et l'on reprend la injections d'hydrocortisone mais sans succès.

On conseille alors une intervention chirurgicale.

Adénopathie primaire : échec

oOo

Nom	Sexe, âge, type localisation	Labo.	Délai - Etat local avant traitement	traitement	Evolution	Résultats
N°I RAN. Jos	F.3I.2. Sus-claviculaire	cuti + I.T.N. ponction BK(-) Biopsie +	un mois bon peau N	Rimifon + 24 injections (2 par semaine)	Disparition totale de l'adénopathie	succès
N°2 MAN.Guy	M. 26. 2. S.A.maxillaire + jugulaire	Cuti + I.T.N. VS.30-55 ponction BK Loewenstein +	un mois Bon - peau N	Rimifon + 29 injections (2 par semaine)	Disparition totale de l'adénopathie	succès
N° 3 M. 29. 2 N.Guyen	sus-claviculaire	Cuti + I.T.N. VS I0-25 Loewenstein +	deux mois Bon - peau N	Rimifon + I5 injections (2 par semaine)	Disparition totale de l'adénopathie	succès
N° 4 Vi. Mai	F. 20. 2. S.A.maxillaire	Cuti + I.T.N. VS. I0-I5 ponction BK Loewenstein +	six mois Bon - peau N	rimifon + 24 injections (3 par semaine)	Disparition totale de l'adénopathie	succès
N° 5 Viv.Gim.	F. 27. 2 cervical G. + Cervical D.	Cuti + I.T.N. VS 6.I5 ponction - biopsie +	un mois Bon peau N.	rimifon + 20 injections (3 par semaine)	Disparition totale de l'adénopathie	succès

N° 6 Mont. L.	F. 28.2 S.A. maxillaire	I.T.N. ponction + Loewenstein +	I5 jours Bon - peau N.	I2 injections (3 par semaine)	disparition totale de l'adénopathie	succès
N° 7 EAN L.	M. I9.2 cervical	Cuti + I.T.M. VS 5.I0 ponction +	un an et demi bon - peau N	rimifon + BPAS + I5 injections (2 par semaine)	disparition pres- que totale de l'adénopathie	succès
N° 8 RI Cec	F. 44.2 cervical	Cuti + VS 90.II0 ponction - Loewenstein + Biopsie +	deux mois Bon	rimifon + I3 injections (3 par semaine)	disparition pres- que totale de l'adénopathie	succès
N° 9 LOG.	F. 5I.2 S.A. maxillaire	cuti - patch + VS. 20.50 I.T.N. ponction +	un mois Bon	rimifon + 5 injections (1 tous les 3 jours)	disparition totale de l'adénopathie	succès
N° I0 BAY.P..	M. 4I.2 cervical	cuti + I.T.N. VS. 8.25 ponction +	un mois Bon	rimifon + I8 injections (3 par semaine)	disparition totale de l'adénopathie	succès
N° II Ray. Ab.	F. 70.2 cervical	Cuti ++ I.T.N. VS. 8.22 ponction - Loewenstein +	un mois assez bon fluctuation	rimifon + I8 injections (3 par semaine)	disparition totale de l'adénopathie petite cicatrice souple	succès

N° I2 PIC. Al.	F. 70.2 S.A. maxillaire	VS. 37-74 I.T.N. ponction +	trois mois médiocre	rimifon + I4 injection (quotidiennes)	disparition totale de l'adénopathie	succes
N° I3 PIG Luc.	M. 42.2. cervical lésions pulmo- naires associées	cuti + VS. 20.50 ponction + cavité sous cl. D.	deux mois Bon	rimifon cortancyl 30 mg pendant 3 semaines 30 injections (3 par semaine)	disparition de l'adénopathie	succès
N° I4 T. AHM.	M. 29.? cervical	cuti + VS 30.55 I.T.N. ponction - Loewenstein +	un mois Bon	rimifon Cortancyl 40 mg pendant 20 jours ensuite I2 injections (3 par semaine)	amélioration puis disparition presque totale du ganglion	succès
N° I5 RAD ABD	M. ?.?. S.A.maxillaire D. + S.A.M.G.	Cuti ++ I.T.N. pontion - Loewenstein+	quatre ans assez bon	rimifon cortancyl 20 mg pendant I2 jours puis I2 injections 3 par semaine enfin 24 injections	résultat assez médiocre l'adénopathie dis- parait	succès
N° I6 Dest. Ber	F. 60.2 S.A.M.G.	cuti ++ I.T.N. ponction- Loewenstein +	un mois Bon	rimifon Cortancyl 50 mg deux mois et demi puis I5 injections une tous les 2 jours	aucune efficacité le ganglion disparait petite récidive	assez bon
N° I7 Bross	F. 25.2 cervicale récidive après chirurgie	VS. II.I3 ponction +	I8 mois mauvais fistule	8 injections (2 par semaine)	diminution de l'adénopathie mais cicatrice disgracieuse	assez bon

N° I8 Com. Gen.	F. 26.2. cervicale	cuti + VS.5I.90 I.T.N ponction +	un mois bon	rimifon + I2 injections (3 par semaine) I2 injections 6 injections	amélioration rapide rechute après 2 mois fistulisations rechute après 3 mois cicatrice minime	Médiocre
N° I9 Marc Le T.	M. 36.2 S.A.M.D + G. cervical G	VS. I0.22 Loewenstein + ponction -	4 mois bon	rimifon + 24 injections (3 par semaine)	guérison rapide rechute discrète 2 ans après qui cèdera à 6 mois de rimifon	assez bon
N° 20 Delg. Bl.	F. I4.2 cervicale	VS 20.40 cuti ++ ITN ponction - Loewenstein - cobaye +	2 mois mauvais , peau adhérente fluctuante	8 injections (3 par semaine)	disparition de l'adénopathie petite cicatrice	succès
N° 2I Gasc. Mon	F. I2.2 cervicale	cuti + VS. 4.I0 ponction - Loewenstein + ITN	un an bon	6 injections 3 par semaine	l'adénopathie disparait presque complètement	succès
N° 22 Bery. Rog.	M. 29.2 cervicale	cuti + VS. I4.25 ITN ponction +	assez bon	rimifon + I2 injections 3 par semaine séjour à Berck	amélioration faible récidive traitée par rimifon et cortancyl nouvelle récidive chirurgie	echec

N° 23 Min. Beand	F. 47.2 récidive d'une adénite ancienne cervicale	cuti + ITN ponction - Loewenstein +	deux mois assez bon	rimifon seul six mois deux séries de 5 injections en un mois	amélioration puis rechute deux mois après pas d'action drainage chirurgical	echec
N° 24 Sen. Jac.	M. 20.2 sous-claviculaire	cuti + ITN ponction - Loewenstein +	I8 jours assez bon	rimifon + 24 injections (3 par semaine)	amélioration rechute adénectomie	echec
N° 25 Sim. Boi.	F. 39.2 S.A.M.	ponction - traitements antérieurs	2 mois mauvais	rimifon - radiothérapie - strepto.locale rimifon + 8 injections (3 par semaine)	amélioration puis rechute à l'arrêt du tt. impossible à continués rimifon cortancyl rechute	echec
N° 26 Foll.	F. 3I.2 S.A.M.	cuti + ponction- Loewenstein - cobaye +	I5 mois assez bon	rimifon + 20 injections 2 par semaine Nouvelle série de I0 injections	amélioration rechute après 2 mois échec drainage chirurgical.	echec
N° 27 Dom.mar.	F. 6.I. rétro-auriculaire	cuti + ITN ponction +	20 mois mauvais fistule	rimifon + 24 injections (3 par semaine)	amélioration rapide la peau cicatrice le ganglion est presque disparu.	succès

N° 28 J.C. Oliv.	M. IO.I S.A.M.	cuti + ITN ponction +	2 mois médiocre peau N	rimifon + BPAS I6 injections (1 tous les 2 jours)	guérison complète dès la fin du tt	succès
N° 29 Mad. Lant.	M. II.I cervicale	cuti + ponction- Loewenstein +	1 mois bon	rimifon + 4 injections 4 injections (2 par semaine)	guérison	succès
N° 30 Je.M.N.	M.8.I. S.Maxillaire	cuti + ponction +	bon	rimifon + 6 injections (2 par semaine)	guérison puis rechute après un mois cédant à 3 injections définitivement	succès
N° 3I Hem.C.	M. 7.I. S.A.M.	cuti + ITN ponction +	2 mois bon	7 injections (2 par semaine	guérison rapide	succès
N° 32 Ger. G.	M. 8.I. cervicale	I.D. + ITN ponction +	2 mois bon	6 injections (1 par semaine)	guérison rapide	succès
N° 33 Cla B.	M. 7.I. S.A.M.	cuti + ITN ponction+	bon	rimifon + BPAS + 4 injections une par semaine	guérison rapide	succès

N° 34 Isa. Gas	F. 6.I. cervical	cuti + ITN ponction +	immédiat bon peau N	rimifon + cortancyl 25 mg : deux mois puis 8 injections en 4 semaines puis 4 injections en un mois	échec adénopathie en voie de ramollissement amélioration rapide guérison	succes
N° 35 Gem. Fam.	F. 5.I. Inguinale	cuti + ponction + loewenstein +	I5 jours médiocre	rimifon + cortancyl un mois puis 2 injections	amélioration mais à l'arret du cortancyl guérison puis rechute qui cèdera à 1 injection	succes
N° 36 Dén.San	M. 5.I. S.A.M.	cuti ++ ponction- Loewenstein + image gangl. hilaire g.	I5 jours médiocre peau N	rimifon + BPAS +cortancyl I5 mg 2 mois puis 6 injections 3 par semaine	amélioration rapide guérison	succès
N° 37 Nicole T.	F. 7.I. S.Maxillaire	cuti + ponction + ITN	6 mois mauvais	rimifon + 7 injections en 5 semaines avec I/2cc de rimifon	amélioration mais rechute après 5 mois elle cède à 4 injections guérison petit épaississement de la peau.	assez bon

N° 38 Chan. M.	F.5. récidive adénite primaire cervicale	cuti + 	1 mois médiocre	3 injections en une semaine	guérison mais rechute après I5 jours. Nouvelle guérison avec 3 injections mais nouvelle rechute avec fistule. guérison après 3 injections, cicatrice ponctiforme.	assez bon
N° 39 An. Coul.	F. I0.I S. Maxillaire	cuti + ITN ponction +	un mois assez bon peau N	rimifon + 11 injections 1 tous les 2 jours	amélioration mais petite rechute après 4 mois. Guérison définitive avec I0 injections	assez bon
N° 40 Al. Sad.	M. I0.I cervical	cuti + ITN VS 25-59 ponction +	un mois Bon	rimifon I2 injections 1 quotidiennement	amélioration, rechute après I5 jours. 7 injections rechute après 1 mois. 6 injections une tous les 5 jours Guérison.	assez bon
N° 4I Ren.Hai	M. I2. I cervical	cuti + VS 5.I2 ITN ponction +	4 mois mauvais fistule	rimifon + BPAS I6 injections 1 quotidiennement	disparition du ganglion cicatrication, puis rechute après 2 mois. séjour de 6 mois à Roscof sans tt. guérison définitive.	assez bon

N° 42 Viv. Fy	F. 6.I. cervical	cuti + VS. 8.2I ITN ponction +	1 mois bon	rimifon + 11 injections 2 par semaine	Amélioration, rechute après I5 jours cédant à 6 injections guérison	assez bon
N° 43 Bem. Bouq	M.6. rechute adénite primaire S.AM.	cuti + ITN ponction +	1 mois bon	rimifon + 7 injections 2 par semaine	amélioration rapide rechute après 3 mois cédant à 8 injections, cure helio-marine guérison	assez bon
N° 44 Dest.Dan	F. 7.I S.A.Maxillaire	cuti + ITN ponction Loewenstein +	5 mois médiocre peau N	6 injections 2 par mois pendant 3 mois (mère non coopérante	amélioration rechute après 3 mois fistulisation, écoulement de pus, 2 mois guérison, cicatrice linéaire	médiocre
N° 45 Ger. S.	M. 8.I. cervicale	ITN ponction +	I mois mauvais	7 injections en une semaine	amélioration mais 4 rechutes dans les 5 mois suivants cédant respectivement à 3.2 1 injection et I5 jours de cortancyl guérison , cicatrice punctiforme.	médio-

N° 46 Grip. G.	F. 8.I. S.A.M.	ITN cuti + ponction +	I5 jours bon	rimifon + PAS + 6 injections 3 par semaine	régression passagère nouvelle série de I2 injections sans effet fistulisation. guéri- son par la pommade à l'hydrocortisone, cica- trice inesthétique.	echec
N° 47 Mon. F	F.8.I. cervicale	ITN cuti + ponction +	I5 jours médiocre	8 injections 2 par semaine	régression, puis 3 re- chutes après I,4 et 6 mois et fistulisation traitées par 4 puis 2 injections, guérison.	médio- cre
N° 48 Joc. Lot	F.8.I. cervicale G S.A.M.G. 3 ganglions D	cuti + ITN ponction +	2 ans médiocre	rimifon 3 injections dans le g. cervical gauche	amélioration mais pous- sée des autres g. on met l'enfant à l'hydrocortan- cyl sans éviter la fistu- lisation. Stabilisation après 3 mois de traitement mais rechute 4 mois plus tard	echec
N° 49 Court.	F. I2. I S.A.M.	cuti + ITN VS. 30.70 ponction +	I0 jours bon	rimifon + 30 injections tous les deux ou 3 jours	échec après 5 mois le cortancyl est alors es- sayé sans succès. Adénec- tomie.	echec

N° 50 Nic. Gol.	F. 7.I. cervicale	cuti + ITN biopsie +	I4 mois médiocre	rimifon + I3 injections en deux mois	amélioration, rechute cédant à 4 injections après 6 mois. Nouvelle rechute. Adénectomie rechute encore.	echec
N° 5I Lag. Gen.	F. II.I. cervicale	cuti + ITN ponction +	8 mois bon	rimifon + 4 injections	amélioration, rechute après 5 mois cédant à 5 injections nouvelle rechute fistulisation adénectomie. Bon résultat	echec
N° 52 J.M.CO	M. IO.I cervicale	cuti + ITN ponction +	I2 mois bon	rimifon (commencé depuis 5 mois) 6 injections	amélioration. 3 rechutes traitées par 6-6 et I4 injections. Fistulisation cure hilio marine	echec
N° 53 S. Cap	M. 7.I. mastoïdienne	cuti + ponction - Loewenstein + ad. hilaire G	1 mois bon	rimifon I2 injections 2 par semaine	amélioration puis rechute après un mois séjour à Roscof fistulisation guérison	echec
N° 54 A. Bald	F. 5.I. cervicale 3 ganglions	cuti + ITN VS.5.IO	9 mois bon	rimifon commencé depuis 4 mois I8 injections tous les 2 jours	amélioration faible fistulisation après 6 mois intervention	échec

N° 55 M.N.H.	F. 6.I. S.Maxillaire	cuti + ponction +	? médiocre	rimifon + 6 injections 2 par semaine	disparition de la périadénite, 3 rechutes traitées par 4 injections. fistulisation. Cicatrice inesthétique 1 an après le début du tt.	échec
N° 56 Eli.S.	F. 8.I. cervicale 2 ganglions	cuti + ponction +	un mois médiocre	rimifon + 8 injections 2 par semaine	amélioration 2 rechutes soignées par 4 injections adénectomie	échec
N° 57 Yas. C.	F. I3.I. S.A.M.	cuti + ITN ponction +	8 mois mauvais	strepto+PAS+INH depuis quelques mois 2 injections	fistulisation on conseille la chirurgie	échec
N° 58 J.C. O.	M. 9.I. S.M.G.	cuti + ponction +	?	PAS+INH injection	Pas d'action, fistulisation , apparition d'une adénopathie de l'autre côté qui se fistulise malgré 3 injections	échec
N° 59 Henr. O	M. 6.I. S.Maxillaire	cuti + ponction +	6 mois assez bon	I0 injections en 6 semaines	régression lente, rechute après 2 mois fistulisation malgré 4 injections Séton. Cicatrice inesthétique.	echec

N° 60 Jacq. N.	M. IO.I. jugulaire	cuti + ponction +	? mauvais	6 injections 2 par semaine	rechute après un mois 4 injections sans résultat. Séton . Cicatrice inesthétique.	echec
N° 6I Rog. R.	M. IO. I. S.A.M.	cuti + ponction +	très court mauvais	rimifon + cortancyl + 4 injections	rechute, après amélioration ne cédant pas à de nouvelles injections. Chirurgie.	échec

DISCUSSIONS DES RESULTATS

Sur nos 6I observations, nous avons relevé 26 cas d'adénopathie secondaire et 35 cas d'adénopathie primaire.

Les résultats en sont très différents :

35 adénopathies primaires :

- succès (guérison définitive) I0-29%) 49 %
- assez bons résultats (guérison après rechute)) 7 - 20%)

- Résultats médiocres (guérisons mais rechute multiples) 3 - 9%) 5I %
- Echecs I5 - 42%

26 adénopathies secondaires :

- succès I7 - 66%)
- Assez bons résultats 3 - II%) 77%
- résultats médiocres 1 - 4%)
- Echecs 5 - I9%) 23%

Ainsi, nous avons obtenu la guérison dans des conditions intéressantes. Dans 77% des cas pour les adénopathies secondaires et 49% seulement dans les adénopathies primaires.

Nous ne devons d'ailleurs jamais perdre de vue dans l'étude du traitement des adénites tuberculeuses qu'un certain nombre d'entre elles sont spontanément résolutives.

Essayons de voir les raisons de nos échecs et si dans une certaine mesure nous pouvons les prévoir .

L'âge du malade ne compte pas, pas plus que la localisation de l'adénopathie.

Quelle est l'influence du délai qui s'est écoulé entre l'apparition de l'affection et la mise en service du traitement ? Ce délai nous manque pour six observations , deux succès et quatre échecs.

	Adénopathie primaire		Adénopathie secondaire	
	succès	échec	succes	echec
moins de un mois	8	6	7	1
de un à trois mois	4	I	7	3
plus de trois mois	2	4	2	
plus d'un an	I	4	4	I

Donc si un laps de temps court avant le début du traitement est un facteur favorable,de nombreux échecs surviennent pourtant avec un délai très bref avant la mise en oeuvre de la thérapeutique.

Quelle est l'influence de l'état local avant traitement ?

Etat local	Adénopathie primaire		Adénopathie secondaire	
	succès	echec	succes	echec
Bon adénite mobile	I2	7	I6	4
Adénite fixée peau mobile	3	7	3	2
Adénite fixée peau envahie ou fistulisée	2	5	I	

Il faut donc conclure que si la chance de guérison est d'autant plus élevée que l'état local est meilleur, ce facteur n'est nullement déterminant. Quelques uns de nos succès ont été aussi obtenus sur des adénites fixées, la peau envahie ou fistulisée.

Les adénopathies tuberculeuses paraissant être le reflet d'une maladie globale du système lymphatique s'extériorisant en un point donné. Il était intéressant de voir si l'hormone surrénale administrée par voie générale et par là active sur tout l'appareil ganglionnaire pouvait être un complèment utile à notre thérapeutique, voir même permettre à elle seule la guérison surtout dans les cas de polyadénopathies.

Huit de nos malades ont reçu du cortancyl (observations N° I3, I4, I5, I6, 34, 35, 36, 6I).

Dans 4 cas associés à des séries d'injection régulière (I3, I4, I5, 36) nous avons obtenu la guérison.

Dans 2 cas (I6-34) employé seul, deux mois, il n'a eu aucune efficacité alors que I5 injections locales en un cas et 9 dans l'autre vont amener le succès.

Chez un malade (35) son emploi amène une amélioration suivi de rechute qui guérira par des injections locales.

Enfin chez un dernier patient (6I) associé à un traitement local et à du rimifon il ne provoquera qu'une amélioration temporaire suivi de rechute ne cédant pas à de nouvelles injections.

En conclusion, surtout si on ajoute au dossier les observations de cortisone administrée par voie générale, publiées oar M. Jean BERNARD et M. MARQUEZY il ne semble pas que le cortancyl employé seul puisse amener la guérison, mais il peut être un bon adjuvant dans les polyadénopathies.

Quel est l'intérêt de l'emploi du rimifon associé aux injections d'hydrocortisone ?

Classiquement les adénopathies tuberculeuses externes si elles sont longues à guérir mettent le malade à l'abri de complications générales graves. Or en fait si les disséminations aigues du bacille tuberculeux étaient rares, elles n'avaient rien d'exceptionnelles.

Lors de l'avènement des antibiotiques l'on avait espéré par leur seul semploi obtenir une guérison définitive des adénopathies. Hélas il fallut bientôt déchanter après quelques résultats heureux et des améliorations on vit survenir de nombreuses rechutes et même des aggravations.

C'est ici qu'il faut citer les remarquables travaux de P. IMBERT, G. BERNARDIN et G. CHEVALLIER pour I954 et I956 sur l'emploi des antibiotiques. En I954 pour I05 cas IMBERT obtient :

- 24 guérisons
- 20 résultats partiels

- 40 cas indifférents
- 2I cas aggravés

par aggravés il faut entendre "évolution prolongée, rebelle, récidivante avec extension locale".

Nous reproduisons ci-dessous le tableau résumant ce travail publié par PELLERIN en I955 dans la Revue du Praticien.

	Strepto	INH	Strepto + INH	Strepto + PAS	PAS + INH	Strepto PAS INH
nombre de cas	39	I7	9	I5	6	I4
favorables	I3	4	3	I	2	5
aggravés	4	3	3	4		6
indifférents	22	I0	3	6	4	7
partiels				4		

Ainsi la Streptomycine employé seule paraissait la plus active avec 33% de guérison contre I0% d'aggravations . Le rimifon venant ensuite avec 23% de guérison contre I7% d'aggravations. Les associations d'antibiotiques semblent sans intérêt et même dangereuses.

En I956 IMBERT publie 79 nouvelles observations, 36 d'enfants, pour lesquelles il obtient :
- 5 guérison I4%
- J6 résultats indifférents 45%
- I5 aggravatipns 4I%

Le rimifon employé seul a amené 3 guérisons sur I2 cas et une sur IO cas en association avec la streptomycine et 43 cas d'adulte pour lesquels il relève :

- 9 guérisons 2I%
- 9 aggravations 2I%
- 25 résultats indifférents 58%

La réunion des deux statistiques donnait I84 cas avec :

- 38 guérisons 20%
- 45 aggravations 25%
- IOI indifférents 56%

IMBERT concluait que les antibiotiques devaient être réservés aux formes généralisées, ou bien proche de la primo-infection ou encore associées à d'autres localisations.

La plupart de nos résultats ont été obtenus avec du rimifon associé aux injections locales d'hydrocortisone. Son emploi est plus que justifié surtout chez l'enfant par la crainte d'une dissémination bacillaire aigue. Mais le pourcentage de nos succès élimine que ceux-ci puissent être dû à son action bénéfique.

Dans le tableau ci-dessous nous voyons que 6 succès ont été obtenus contre 5 échecs par des injections locales seules.

Dans cinq cas les injections locales ont amené associées au rimifon une guérison que le cortancyl joint au rimifon n'avait pu obtenir.

Enfin dans les six autres cas d'adénopathie que nous avons vu, ayant été antérieurement traitée par du rimifon seul notre thérapeutique est restée sans action, cinq fois.

Ne rejoignons-nous pas là la notion d'adénopathie aggravée dégagée par IMBERT ? Un seul succès contrebalance nos échecs. Il semble donc bien, malgré

les guérisons que le rimifon est capable d'obtenir parfois, qu'en aucun cas l'on ne doive se contenter devant une adénopathie tuberculeuse d'un banal traitement de primo-infection à base d'INH, plus nuisible qu'utile employé seul dans cette affection.

	Adénopathie primaire		Adénopathie secondaire	
	succès	échec	succès	échec
Rimifon + injections locales	I2	I0	I4	4
Injections locales seules	3	5	3	
Rimifon employé seul ou associé à un autre antibiotique inefficacité et emploi d'injections locales		3 obser. 52.54.57	I obser. 7	2 observ. 23.25
Rimifon employé avec cortancyl sans efficacité otransitoire puis emploi d'injections locales.	2 obser. 34.35		3 observ. I4.I5.I6	

Enfin une des critiques élevées contre les injections locales d'hydrocortisone a été le risque de surinfection.

Cl. MAZURE dans sa thèse inspirée par D. PELLERIN en I959 insistait sur cet inconvénient signalant que sur 39 malades traités sans succès par l'hydrocortisone et opérés ensuite :

- 9 avaient récidivés après un succès temporaire au bout de 3 semaines à six mois,

- 5 avaient été améliorés par une disparition de la périadénite,

- I5 n'avaient tiré aucun bénéfice de leurs injections,

- 9 avaient été aggravés : 4 par fistulisation avec staphylocoque doré
  2 par fistulisation simple
  1 par surinfection de la fistule préexistante
  1 par survenue d'un abcès rétro-pharyngien
  1 par ramollissement de l'adénite

Nous tenons à souligner que dans aucune de nos 6I observations, nous n'avons rencontré un accident de surinfection que des précautions minima de stérilisation permettent d'éviter.

Pour conclure enfin, il semble bien que les meilleurs résultats soient obtenus avec des séries de I2 à I5 injections à raison de trois par semaine.

Une des difficultés parfois rencontrées est la gène que l'on éprouve à localiser le siège de l'adénopathie qui a presque disparu après les premières injections.

oOo

RESUME DES PUBLICATIONS ANTERIEURES SUR L'EFFICACITE DE L'HYDROCORTISONE DANS LE TRAITEMENT DES ADENOPATHIES TUBERCULEUSES EXTERNES

Possédant un recul beaucoup plus important et ayant emprunté nos observations aux service du Professeur Jean BERNARD et du Docteur P. GENET, nous ne reviendrons pas sur leurs nombreuses publications. Leurs observations antérieures avaient été publiées dans la thèse de F. DUBOURG en I955 et de B. PIERQUET en I957, nous en avons d'ailleurs repris un certain nombre.

Les autres publications avec travaux originaux sont rares nous n'en avons pas trouvé trace à l'Etranger.

C'est encore P. IMBERT de Lyon qui dans un premier article remontant à I953 signale l'exceptionnel mérite de la pommade à la cortisone dans les ulcérations tuberculeuses cutanées, d'origine ganglionnaire. Sur 11 cas d'ulcération, il a obtenu 9 résultats spectaculaires par contre dans 7 cas de fistule l'efficacité a été bien moindre.

Une seconde publication de I956 confirme cette impression sur 30 autres observations.

M. JEUNE et J. BIOT de Lyon publient en I958 I2 cas d'adénites cervicales de primo-infection. Ils reprennent là la thèse de BIOT de I957 Ces I2 malades ont reçu de l'hormone surrénale par voie générale sous protection de rimifon. Six seulement ont vu leur traitement complété par des injections locales. Les auteurs pensent réserver l'hormonothérapie générale aux adénites fermes et les injections locales associées aux adénites ramollies ou fistulisées. Ils ont obtenus :

- 3 guérisons définitives
- 2 autres guérisons pour lesquelles le recul manque
- 2 disparitions transitoires de l'adénopathie
- 5 régressions partielles.

Le Professeur MARQUEZY en I955 dans une communication au C.I.E. note l'intérêt exceptionnel de l'emploi d'hydrocortisone local. Il en possède 9 observations. Il reprend son travail dans un article du 30.3.56 avec 11 cas pour lesquels l'hormone a été toujours active mais il déplore les rechutes fréquentes. Il a enregistré 8 guérisons, 4 après récidive. Il conclut à la nécessité de tenter un traitement local sous couvert d'antibiothérapie générale avant de songer à la chirurgie.

Pourtant en I957, déçu par de nouvelles rechutes, il change de position lorsqu'il inspire la thèse de LAVIGNE. Il présente I8 malades. 5 traités sans succès par la delta-cortisone per os. I3 ayant reçu des injections d'hydrocortisone. Il n'a que 2 guérisons sans rechute, 1 guérison sans recul, 2 guérisons après récidive. Par contre, pour 5 malades soignés chirurgicalement une seule récidive.

La conclusion est que l'hormone doit permettre au stade de des adénopathies d'obtenir une amélioration dont on profitera pour une intervention chirurgicale , par contre elle sera le traitement de choix du stade de fistulisation alors que la chirurgie est difficile.

Cette position sera confirmée dans deux articles de février et octobre I957.

Signalons encore les intéressantes publications qui rejoignent nos positions de J. GERBEAUX et Mme BACULARD, d'A. KAPLAN de P.LAVAL et H. BONNESU. Enfin la dernière de septembre 6I de G. ROMAGNY et P. JOPPARD dans le journal de Médecine de Lyon.

Nous ne saurions terminer sans citer l'efficacité remarquable de l'hydrocortisone dans les adénopathies bénignes que l'on rencontre parfois après

les vaccinations par le BCG, non plus que son action sans équivalent mise en relief par Mademoiselle NOUFFLARD et le Professeur BRISSAUD dans les adénites à bacilles para-tuberculeux.

oOo

QUELLE EST LA PLACE DE LA CHIRURGIE A COTE DE L'HORMONOTHERAPIE LOCALE

Longtemps limitée et de ce fait rendue peu efficace par les risques de dissémination et de tuberculinisation. La chirurgie a connu une nouvelle vogue grâce aux antibiotiques.

Nous avons vu que de nos jours l'on doit entendre par chirurgie des adénites tuberculeuses un curage ganglionnaire complet des chaines cervicales, inspiré des techniques pour cancers, d'emblée bilatéral si l'autre côté du cou semble aussi atteint.

Nous n'avons nullement l'intention de faire le procès de ces dissections minutieuses. Il serait facile de répondre aux critiques que les chirurgiens font planer sur l'emploi de l'hydrocortisone locale dont ils ne rencontrent que les échecs. Après avoir décortiqué les travaux suisses, anglais ou allemands, nous pourionspublier les statistiques des accidents chirurgicaux : les paralysies ou parésies du facial, les sections ou plaies de la jugulaire, la blessure du spinal, l'immobilisation du trapèze, la chute de la commissure labiale. Sans compter les hématomes post-opératoires, les suppurations, les désunions " cutanées , les récidives homo ou contro-latérales. Enfin les cicatrices vicieuses ou inesthétiques.

La liste est longue et le tout ne laisse pas au malade une chance de guérison bien supérieure à celle offerte par notre méthode. Comme le dit si bien MAZURE dans sa thèse inspirée par D. PELLERIN dont les travaux chirurgicaux font autorité en la matière "il convient d'insister sur le fait qu'il s'agit d'interventions longues difficiles, minutieuses, non exemptes de dangers

graves et qui ne peuvent être mises entre toutes les mains".

Donc chirurgie pour chirurgiens d'élites où le risque est grand à côté de celui offert par la maladie. On ne peut manquer d'être frappé par la différence qui existe entre l'inocuité des injection d'hydrocortisone qui sont à la portée de tous médecins et la gravité de ces interventions.

Pourtant celles-ci restent précieuses mais nous voudrions qu'elles ne puissent rentrér en ligne de compte qu'au moment ou l'hormonothérapie a fait faillite. Cette dernière quand elle doit être active agit rapidement: quelques semaines. Les réuidives quand elles se produisent à une date éloignée et après un succès initial franc sont généralement accessibles à la même thérapeutique. L'avenir n'est nullement engagé.

Nous sommes donc amené à concevoir l'acte chirurgical comme un complément aux injections locales. Il offrira aux malades une importante chance nouvelle de guérison rapide si par malheur la première médication faisait faillite. Il nous paraitrait difficile de vouloir l'envisager d'emblée quel que soit l'état du malade.

oOo

C O N C L U S I O N S

Nous rapportons soixante et une observations de malades porteurs d'adénopathies tuberculeuses, soignés par des injections locales d'hydrocortisone.

Les injections d'hydrocortisone sont pratiquées à raison de trois par semaine, pendant une période de six semaines. Les résultats favorables sont en effet obtenus dans un délai court. Le pourcentage de succès dst de 77 p I00 dans les adénopathies secondaires, de 49 p I00 dans les adénopathies primaires. Le traitement n'est pas offensant pour les malades . Son succès les laisse sans cicatrice inesthétique.

Cette thérapeutique ne gène pas l'acte chirurgical qui doit être assez rapidement envisagé en cas d'échec. Comme l'a indiqué le Docteur PELLERIN qui a consacré d'importants travaux à la chirurgie des adénopathies tuberculeuses, "les ponctions avec injections locales d'hydrocortisone représentent le meilleur traitement d'attaque qui doit être systématiquement entrepris".

oOo

Vu, le Président de Thèse:

M. Jean BERNARD

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - ACETO J X. Raytherapy of peripheral tuberculous lymphadenitis
American. Rev. of Tub. Aout I953 pp. I57-I64.

2 - AGUILAR H.D., ROSSI A.A.
Tberculosis ganglionar, Algunos aspectos de diagnostico
y tratamiento.
Revista de la Associasion Medica Argentina Mars I953, p.75-76

3 - ALEXANDROWICZ J.
Rapport au congrès de Montreux I949
Le sang n° 4, I950, p.330

4 - ALISON Conduite à tenir en présence d'une adénite cervicale tub.
Centre Est. Med. n° 6 p. 25-28, oct. 60

5 - ANASTASIADES
Tuberculosis of the superficial lymph nodes in children
American Rev. of Tub. Oct. 57, p. 588-600

6 - BAILEY H. Tuberculous cervical adenitis
The Lancet - fév. 58, p. 3I3

8 - BARIETY M., CHOUBRAC P. Thérapeutique de la tub.gangl. Encyc. M.C.
Thérapeutique Tl p. 25II5

8 - BAVER E. Die lymphknoten tuberkulose des Halses und ihre behandlung
Zeitzchrift für laryngologie (stuttgart) avril 54 pp. 242-250

9 - BECK E. Zur klinik und therapic der halslymphknotee tuberkulose
Toberkuloseartz, I2 sept. I958, p. 573.

I0 - BEHLERT R. La chirurgie d'exérèse dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant.
Thèse Lyon I960, n° I43.

II - BERNARD J., MATHE G., LUMBROSO P.
Traitement de la tuberculose ganglionnaire externe par la cortisone per os et l'hydrocortisone locale
Séminaire du 7 déc. I955 organisé par le CIE p. 232-233.

I2 - BERNARD J., GRENET P., MATHE G., LUMBROSO P.
Essai de traitement de la tuberculose ganglionnaire externe par la cortisone.
Le Sang I956, n° 2, p. I3I-I37

I3 - BERNARD J. Essai de traitement par les hormones cortico surrénaliennes de 30 cas d'adén. tub. périph..Presse Méd. 24 mars I956,p.576

I4 - BERNARD J. , GRENET P.
Sté Fr. d'Hématologie I6 février 56. Essai de traitement par les Horm. Cort. sur. da 30 cas d'ad. tub. périph. Sem. d. Hop. 6 Mai 56 p. I568

I5 - BIOT J. Contribution à l'étude de la corticothérapie dans les manifestations gangliopulmonaires et les adénites cervicales de la primo-infection.
Thèse Lyon I957 n° 2I

I6 - BLOT P. Contribution à l'étude comparative des diverses méthodes de traitement des adéno. cerv..tub. chez l'adulte
Thèse Paris I953, n° 999

I7 - BLUMENTHAL Tuberculosis of the cervical lymphonode. Clin. Proc. child. Hosp. (Wash) I5 pp. 259-269- Novembre 59.

I8 - BOIVIN P.. Traitement des aden. cerv. Tub. La Med. Infantile N° 3 mars I957, p. 25..

I9 - BRUEGGER H. Zin behandlüng der hals lymphknoten tuberkulose
Tuberkuloseartz I2 mars 58, p. I35. I48

20 - BRUEGGER H. Quelles adénopathies tuberculeuses doivent elles être opérées. Beitr. Klin. Tuberk. I2I. 2445.I959

21 - BRUNEL M. Les aden. cerv. Tub. Gaz. Med. de France 1953, n° 2 p. 123 128

22 - BUTLER K. Tuberculous adenitis. Amer. Rev. of tub. 1956, 74, p. 136-141

23 - CAMBOURCY Adenitis cerv. tub. action de l'INH Concours Med. 17 oct. 53 p. 3552-55

24 - CATINAT J., DEBRAY J. Le traitement des ad. tub. périph. Sem. des Hop. 14 juin 55 p. 2121-23

25 - CHEVALLIER P., BILSKI PASQUIER G., CHRISTOL D. Sur le traitement des ad. tub. per. par la méthode d'Alexandrowicz . S. des Hôp. 20 fév. 54 P. 778-79

26 - CHIBNEFF S. Contribution à l'étude du traitement des ad. tuber. par la streptolocale Paris Thèse 1951 n° 588

27 - CHOFFEL C. Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses Bull. Médical 15 déc. 52 p. 537-42

28 - CHRISTOL D. LECONTE, DES FLORIS R. A propos du diag. et du tt des ad. tub. de l'adulte Clinique n° 559, p. 263-7 mai 61

29 - COFUILLEZ A. Incidents, accidents et résultats éloignés du tt. chirurgical radical. des ad. tub. Rev. de chir. orthop. 1957. p. 330-31

30 - CORDEIRO-FERREIRA L'hormon. dans la tub. infantile Pédiat. Int. Roma 1959 N° 4, p. 655-63

31 - CORNEILLE A.J. Difficultés ther. soulevées par les ad. cerv. tub. Thèse Paris 1955, n° 414

32 - DORMONT J.. Traitement des tub. gang. ext. - Vie médicale mars 57 pp. 393-96

33 - DUBOURG F. Contribution à l'étude du tt des tub. gang. ext. Thèse Paris 1955, n° 423

34 - FRIEDMAN O The chemotherapy of periph. tub..Lymphad.
Journ. of the Mont-Sinaï Hosp. N.Y. Juillet 56 p. 529-536

35 - FUKS O. Traitement des ad. tub. cerv. arch. arg. de Ped. I958. 49.300

36 - FROLICH M. Die tuberk der lymphknoten - zeitschrift fur argtliche
fortbildung (Iéna) I5 déc. 57, pp I07I-74

37 - GALE G. Tuber. of the sup. lymph. nodes Canad. M.A.J. I953. 69. p.303

38 - GERBEAUX J. Mme BACULARD A.
L'horm. dans le tt de la primo-infection de l'enfant
Rev. du Pr. 2I oct. 59 pp. 2887-98

39 - GERMAIN J.
Tub. of superf. lymphnodes. Disease a month. Chi. 30 sept
56 pp 326-37

40 - GIRET G. Traitement des ad.tuber. de l'enfant. Rev. de chir. orth. I957
pp 326-29

4I - GIRET G. Traitement des ad. de l'enfant Bull. act. thér. I958. 3.7.
p. I32

42 - HILBER H. Le traitement de la tuberculose des glandes lymph. chez l'en-
fant. Mediz. Monats. Stuttgart I953. Mars pp. I82-85

43 - HAZLEHURST G.
Streptokinase streptodomase in the local tt of suppurative
extra pulmonary tub. Amer. R. of. tub. janvier 55 7I pp. I-II

44 - IMBERT P., FRIUT G., CHEVALLIER G., TOMASI M., DUMAS B.
Traitement local par la cortisone des ulcérations cut. d'ori-
gine gang. Pediatrie tg I953 n° 2, p. I7I-I75

45 - IMBERT et Coll.
Possibilités et limites du tt. local des adén. tub. périph..
par les antibiotiques . Journal de Med. de Lyon, 5 mars 54
p. I9I 200

46 - IMBERT P., CHEVALLIER G. et coll.
La cortisone en application locale dans le scrofuloderme gang. ulc. et aden. périph..traités par hormonoth. gen.
Pediatrie t 11 I956 N° 8, p. 937-40

47 - IMBERT P., CHEVALLIER et coll.
Résultats du tt des adénites tub. périph. par les antib. après I84 observations. Pédiatrie T 11, I956, n° 8 p. 929-33

48 - JEUNE M., CHARRAT, BIOT J
Sur la corticothérapie des tub. in gang. pulm. et des ad. cerv. de primo-infec. tub. de l'enfant. Pediatrie T I3 I958, n° 4
p. 459-465

49 - KAISER E. , JAKOB F., WISSLER H.
Journal suisse de médecine Fév. I953 p. 207

50 - KAPLAN AS Les adénites à bacilles paratub. Ent. de Bichat I96I, spec. p. 255-58

5I - KAPLAN AS Le traitement des ad. cerv. de l'enfant Ent. de Bichat I95I p. 259-64

52 - KAPLAN M et Coll
Ad..Cerv. à bac. paratub. La Presse Méd. I958 pp..I905-8

53 - KENDIG E et coll.
The tt. of tub. of the sup. lymphnodes in children
J. of Pediatrics I955, p. 607-6I3

54 - KESZTELE V. Tuberculose des glandes lymph. du cou
Wiener Med. Woch I959 23 mai p.433-35

55 - LACASSIE F. Les ad. à bacille paratub. chez l'enfant
Thèse paris I959, n° 743

56 - LAVAL P., BONNEAU H., CASTEL G.
Aden. tub. per. Indications th. et résultats
Rev. de Tub. et de Pneum. n° I, I96I

57 - LAVIGNE G..Les ad. cerv. tub. de l'enfant . La place de la cort. surrénale dans leur tt .
Thèse Paris I957 n° 529

58 - LESTER W. Lymph. n. tub. in neck, axilla and groin. Amer. R. of Tub. Fév. 56, pp. 229-38

59 - LESTER C.W. Lymp. n. tub. and its tt in accessible nodes
Am. R. of Tub. I95I pp. 69I-94

60 - LESTER C.W. Scrofula then and Now. Archives of Ped. I956 p. I89-I95

6I - MALET R. et THIEFFRY S.
Aden. cerv. tub. Rev. du Prat. 2I octob. I956, p. 2945

62 - MAZURE C . Tt chirurg. des ad. cerv. tub. de l'enfant . Thèse Paris 59,293

63 - MARQUÈZY B., CHIGOT P et coll.
Tr des ad. cerv. tub..CIE, 7 dec. 55 p. 233-36

64 - MARQUÈZY R. et coll.
Tt. des ad. cerv. tub. intérêt de l'hydrocortisone locale
S. de Hop. 30 mars 56 p. IIII-I5

65 - MARQUÈZY R.
Le traitement des ad. tub. chez l'enfant
Médecine et hyg. Genève 28 février 57, p. 9I

66 - MARQUÈZY R, BACH Ch
Corticothérapie et ad. cerv. tub.
Sem. des Hop. 2 octobre 57 p. 3299-330I

67 - MATHUR J. Corticostéroïdes in the management of tub. lymph. Journ. of th. indian. Med. Ass. I6 mai 59 pp. 403-4

68 - MAYR H Paralysies du trapèze après le tt opératoire des gang. tub. du cou.. Munchener Mediz. Wochenschrift, 30 janvier 53

69 - MIEGL H. Traitement des fistules tub. du cou. Wien. Med. Wschr. I2 mars 60

70 - MILLER Tub. lymp. in childhood. Medical world. Fév. 58. p.I09-II5

7I - MILLER F.J.
Périphéral tub. lymph. in childhood. Postgr. Med. J. London I959, Juin P. 348-53

72 - MOLINARI Revista de médecine Buenos-Aires I949, pp. 83-87

73 - MONNET P. L'exérèse chir. dans le tt des ad. cerv.tub. chez l'enfant Rev. Lyon Médical I960

74 - MULLER FH La radiothérapie dans la tub. des ganglions du cou Munch Med Wschr. I957 99, 11 p. 377

75 -NOUFFLARD H. Melle COSTIL L, BRISSAND HE , GERBEAUX J., BOUCHON M. Adénites cervico-faciales de l'enfant à bacilles paratub. Rev. de Tub. de Pneum.. I96I, p. 620-64I

76 - NOUFFLARD H., BRISSAND H.
Adénites à bacilles paratuberculeux chez l'enfant.
Arch. F. de Ped. I959, pp 877-889

77 - OPPIKOFER EK
Journ. suisse de Med. 28 juin I953 pp. 67I

78 - PIERQUET B Contribution à l'étude du tt des ad. tub. ext. de l'enfant par les injections loc. d'hydrocortisone. Thèse Paris I957

79 - PELLERIN D. Traitement des ad. cerv. chroniques. Tub. Rev. du Prat. 11 sept. 55 , pp. 2395-2402

80 - PELLERIN D Traitement chir. des ad. cerv..tub. CR 7 déc. 55, P. 237

8I - PELLERIN D., MAZURE Cl. A propos de 100 curages gangl. pour tub. cerv. chronique. Arch. F. de Ped. I960, T I7, p. 922

82 - PERELMAN R. Les ad. cerv. de l'enfant. Concours médical I5 oct. 60 p. 4643-4648

83 - ROMAGNY G., JOFFARD P.
Résultats et orientation act. du tt des adénites cerv. tub. chez l'enfant J. Med. Lyon. 20 sept. 6I p. I27I-I294

84 - RANKOW M. The management of tub. cerv. ad. Am. Journ. of surg. Décem. 57, p. 900-I

85 - REYNIER H. de
Les lymphomes tub. sous max. et leur tt. rev. Med. de Suisse Romande I955, 25 oct. pp. 665-688

86 - ROLLIER R. Les adénopathies tub. Maroc Médical Juin 58, pp. 687-693

87 - ROSSI A. Tuberculous disease of cerv. lymph. Edimbourg Med. Journ. Avril. 53 pp. I84-I94

88 - ROSSI A. Les adénites suppurées après vaccination par le BCG et leur tt CIE 7 déc. 55, pp. 22I-224

89 - ROUQUES L. Les dérivés aromatiques de la Moutarde Azotée dans les Ad. tub. Presse Med. 9 janvier 54 p. 3I

90 - SCHMID P. Tuberculose des ganglions cerv. et son tt Münchener Med Wschr I958 pp. I279-I285

9I - SCHMID P. de la tuberculese des gangl. lymph. périph. dans l'enfance Mediz. Monatsschrift. Stuttgart I960, I4 fév. pp. II3-I2I

92 - SIMON H. De la pathogénie et du traitement de la tub. gangl..chez l'enfant. Tuberculoseartz juin 55, p. 322-33I

93 - Sobre la thérapeutica actual de poslinfomas cerv. tub. en la infancia Actualidad pediatrica Granada. Fev. 60 p. I0I-I06

94 - SWENSON O Tuberculosis of cervical lymph. n. Pediatrics springfield 2 aout 56 , p. I3I-I37

95 - TRAUIMAN F. Etiologie et thérapeutique des aden. tub. chez l'adulte Zeitschrift fur die gesamte innere medizin I5 aout 53, p. 725-36

96 - TOBLER M. Praxis I953 n° 4I pp. 858-860

97 - UEBERMUTH H. Le traitement chirurgical de la tub. ganglionnaire du cou Deutsche Gesund heits wesen 24 fév. 55 p. 3I9-3I2

98 - UEHLINGER E anatomie path. de la tub. des glandes cerv. CIE 7 décem. 55 pp. 225-23I

99 - UMBACH : K Zún stralentherapie der halslymphdrüsen tuberkulose Strahlentherapie I949, 78, 3, p. 403

I00 - VASSILOPOULOS Contribution à l'étude des ad. tub. sup. chez l'adulte Thèse Paris I952, n° 956

I0I - WILMOT et coll. Tuberc. cerv. adenit. The Lancet I4 dec. 57, p. II84-87

I02 - WILMOT et coll. Discussion on tub. cervical adenitis. Proccedings of the Royal. Society of medecine pp. I057, 64, décembre 57

I03 - WISSLER H. Le traitement des adén. cerv. tub. CIE 7 déc. I955, p.2I3-220

I04 - WISSLER H. Die Isoniazid behandlung der hals und hilasdrusen tuberkulose Helvetica pediatrica acta decembre 52 pp. 550-554

oOo

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90